

UNB- Universidade de Brasília
FCE- Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

Validação semântica do instrumento QualiAB em dois serviços de Atenção Básica em
Saúde de Ceilândia: uma análise a partir dos profissionais

Beatriz Torres Araújo

Brasília
2017

UNB- Universidade de Brasília
FCE- Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

Validação semântica do instrumento QualiAB em dois serviços de Atenção Básica em
Saúde de Ceilândia: uma análise a partir dos profissionais

Autora: Beatriz Torres Araújo
Orientador: Prof. Dr. José Antônio Iturri de la Mata

Trabalho de Conclusão de Curso
Que será apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília/UnB
como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Banca: Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Paulo Ricardo Ramos

Brasília
2017

Resumo

Introdução - Apresenta a validação semântica do Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) - desenvolvido pela Equipe QualiAB da Universidade Estadual Paulista (Unesp). **Objetivos** - Realizar a validação semântica do questionário, a partir da visão dos profissionais; Adaptar, quando necessário, o instrumento QualiAB para a estrutura administrativa do DF, organizada por Regiões Administrativas e não por municípios; Comparar os principais métodos e programas avaliativos utilizados no Brasil. **Métodos** - Foi realizada uma pesquisa exploratória com base bibliográfica, com vistas a comparar os principais métodos e programas avaliativos utilizados no Brasil com o QualiAB. Posteriormente, realizou-se a validação semântica do instrumento QualiAB, na qual foi utilizada a técnica da análise de conteúdo em duas etapas. Na primeira etapa foi realizada a leitura compreensiva do conjunto do instrumento, sendo posteriormente, aplicado aos profissionais. Na segunda, foi realizada a análise das falas dos profissionais, coletadas durante a aplicação do questionário, levando em consideração a coerência, a relevância e a compreensão dos itens do instrumento, **Resultados** - Em relação ao total de alternativas de todo o questionário, observou-se que em torno de 90% do instrumento não houve observações, sendo as alternativas entendidas sem dificuldades aparentes ou relatadas. Não foi identificada, por parte da Diretoria Regional de Atenção Primária em Saúde/Região Oeste/DF e dos profissionais durante a aplicação, a necessidade de adaptação do instrumento para o DF, indicando que o questionário está apropriado para a especificidade político-administrativa do DF. Quanto à comparação dos métodos e programas avaliativos, foi elaborado um quadro comparativo contendo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB; a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ; Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – AMAQ; a metodologia de Donabedian, proposta por Tanaka (2011); o Primary Care Assessment Tool – PCATool, em sua versão adaptada para o Brasil; e o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica – QualiAB. **Conclusão:** Os ruídos de compreensão – que representam em torno de 10% - podem ser importantes para o aprimoramento do instrumento. As observações no sentido de termos e adaptação foram no sentido geral, ou seja, apenas para a melhor compreensão da questão, sem modificações necessárias ou relatadas específicas para o DF, tal fato pode significar que esta parte da pesquisa precise de um aprimoramento metodológico para captar uma eventual necessidade de adaptar o instrumento. Percebe-se que a variedade

de métodos e instrumentos voltados para a avaliação em saúde não deve ser vista como uma “competição” para se eleger o melhor, pois cada um tem o seu potencial, ou seja, cada iniciativa avaliativa pode retratar um aspecto da realidade, sendo assim, os resultados de todas as iniciativas se complementam e devem ser considerados para o aprimoramento do serviço.

Palavras-chave: QualiAB; Validação semântica; Avaliação em saúde; Atenção Básica à Saúde.

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	REFERENCIAL TEÓRICO E PROGRAMÁTICO.....	8
2.1	A Atenção Básica em Saúde no Brasil e no DF	8
2.2	Avaliação em Saúde	10
2.2.1	Instrumentos de avaliação e indicadores	12
2.2.2	Métodos e programas avaliativos da Atenção Básica	14
2.2.2.1	Definição e comparação entre as principais iniciativas avaliativas adotadas no Brasil	15
	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB	15
	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ	16
	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – AMAQ	17
	Metodologia de Donabedian, proposta por Tanaka (2011)	18
	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCAToolBrasil	18
	Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB)	19
3	OBJETIVOS	21
4	CONCEITOS E CAMINHO METODOLÓGICO.....	21
5	ASPECTOS ÉTICOS.....	31
6	RESULTADO E DISCUSSÃO	32
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
8	REFERÊNCIAS.....	47
9	ANEXOS.....	54

1 Introdução

As primeiras iniciativas avaliativas no âmbito da Atenção Básica à Saúde surgiram a partir dos anos 2000, quando houve também a criação da Coordenação de Investigação no Departamento de atenção básica (DAB), da secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Posteriormente passou a ser chamada de Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Essa coordenação tinha como objetivo: “fortalecer o papel da avaliação enquanto importante instrumento para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à criação de uma cultura avaliativa nas três esferas de governo.” (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008, p. 1728).

Entre essas iniciativas, surgiu o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), desenvolvido e aplicado em 2007 pela Universidade Estadual de São Paulo (Unesp) e Castanheira e colaboradores. Tem como vantagens o *feedback* rápido de resultados para o serviço avaliado, possibilitando a discussão dos resultados na unidade avaliada, bem como a aplicação para serviços organizados segundo diferentes modelos, não apenas Estratégia Saúde da Família (CASTANHEIRA, et al, 2011). Por outro lado, o QualiAB é um instrumento desenhado para uso em níveis municipais e não foi utilizado até o momento num território com a organização administrativa do Distrito Federal (DF).

Em sua primeira aplicação, 88% dos municípios do Estado de São Paulo participaram. Sua primeira versão era composta de 85 questões, das quais 20 eram dissertativas e 65 pontuadas. Cada profissional atribuía uma nota de 0 a 2 para os serviços de saúde do seu estabelecimento, sendo 0 insuficiente, 1 aceitável e 2 esperado. (CASTANHEIRA, et al, 2011).

O QualiAB é um instrumento de autoavaliação voltado para os serviços da Atenção Básica à Saúde (ABS). Consiste em um questionário, com respostas de múltipla escolha, a ser respondido pelos gerentes e equipes técnicas desse nível da atenção. Aborda vários elementos da ABS, como organização do gerenciamento local, processo de trabalho, oferta de ações de prevenção, mecanismos de articulação com a comunidade, entre outros. (ZARILI, 2015).

Em 2010 houve uma nova aplicação em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo com adesão de 90,8% dos municípios, sendo integrado como instrumento de gestão ao Programa Articuladores da Atenção Básica do Estado. Foi possível verificar, em nível municipal, pontos como: a disponibilidade de medicamentos,

exames realizados na unidade, processo gerencial, saúde da mulher, saúde mental, entre outros. (CASTANHEIRA, et al, 2011).

Atualizado em 2014, pela Professora Elen Lodeiro Castanheira e Equipe QualiAB (a mesma que desenvolveu o questionário) do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, com o objetivo de ser aplicado nacionalmente, passou a ser composto por 120 questões, abrangendo pontos como a gestão, gerência, assistência entre outros. Sua última aplicação, nesse mesmo ano, foi realizada em São Paulo (interior e capital), São Luiz do Maranhão, Londrina e Cuiabá. (ZARILI, 2015).

Além das questões políticas administrativas, sabe-se que a implantação da avaliação contínua e rápida se faz de extrema importância, sendo esta a primeira justificativa para o presente trabalho. De acordo com Pinto (1986, p. 89):

Os pesquisadores acostumados à largueza do tempo próprio da academia, nem sempre oferecem respostas no *timing* adequado ao decisor [...], necessitando resolver problemas sob pressão, e com agenda apertada, os recursos para um novo programa, por exemplo, podem surgir sem que a avaliação de um outro similar tenha terminado.

Por outro lado, todos os estados brasileiros são organizados, ou subdivididos, em municípios, sendo o Distrito Federal (DF) exceção a essa regra, pois se divide em regiões administrativas (RAs). Até o momento, não houve aplicação do instrumento no DF, sendo esta outra justificativa. (CASTANHEIRA et al, 2011; 2014). Sendo assim, a pergunta norteadora desse estudo é: “A grafia e/ou a linguagem do instrumento QualiAB são adequados à organização administrativa do DF e são compreensíveis pelos gerentes e profissionais dos serviços de ABS no DF?”.

Tomando conhecimento do questionário QualiAB e de suas vantagens em relação ao tempo de resposta, pretende-se validar semanticamente tal instrumento para o território DF a partir da visão dos profissionais de dois centros de saúde da Região Administrativa (RA) de Ceilândia/DF. Considerou-se para a validação semântica a coerência, a relevância e a compreensão dos itens (RODRIGUES et al, 2014). Portanto, pode-se contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica da região numa conjuntura em que se discutem modificações na gestão (SES-DF, 2016) e funcionamento desse tipo de serviço, com potencial de se ampliar como instrumento aplicável em todo o Distrito Federal.

Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) – Ceilândia (CODEPLAN, 2013), 83% da população de Ceilândia (RA-IX) não possuem plano de saúde, sendo que destes, 89% frequentam posto de saúde na própria região. Sendo assim, a ABS se faz como porta de entrada principal para o acesso aos demais pontos de atenção à saúde em Ceilândia, sendo de grande relevância a qualidade do serviço. Porém, atualmente a APS “apresenta abordagem assistencial de baixa resolutividade, em condições precárias de trabalho, sem retaguarda de especialidades médicas e desconectada da atenção hospitalar.” (BRASIL, 2016, p. 2).

Portanto, como justificativas para o presente trabalho têm-se: 1) A necessidade da implantação da avaliação contínua e rápida, com resposta no tempo adequado (PINTO, 1986); 2) Até o momento, não houve aplicação do instrumento QualiAB no DF, que tem um território com uma organização administrativa diferente das outras Unidades Federativas do País (CASTANHEIRA et al, 2011; 2014); 3) O QualiAB pode ser ampliado como instrumento aplicável em todo o Distrito Federal, no entanto, Zarili (2015) ressalta "a importância em se submeter instrumentos de avaliação de serviços a processos de validação que ampliem sua sensibilidade e especificidade." (p. 5).

2 Referencial Teórico e programático

2.1 A Atenção Básica em Saúde no Brasil e no DF

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a Atenção Primária em Saúde (APS) pode ser definida como um conjunto de valores e princípios, sendo um “conjunto indissociável dos atributos do sistema de serviços de saúde” (p. 9), como o acesso de primeiro contato. Além disso, deve ser usada como base para os sistemas de saúde por ser a melhor estratégia capaz de produzir melhorias (OPAS, 2005).

Estima-se que cerca de 65% dos usuários que buscam as emergências no DF poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos na APS, percentual ainda abaixo do apontado em estudos nacionais e internacionais, que demonstram ser a APS capaz de resolver, pelo menos, mais de 80% dos problemas de saúde da população quando organizada adequadamente. (BRASIL, 2016, p. 3).

Segundo Tanaka (2011), a ABS atua como estruturante do sistema e ordenadora da rede de atenção. A definição deste nível de atenção como porta de entrada preferencial

do Sistema Único de Saúde (SUS) é feita a partir da Política Nacional de Atenção Básica, definindo que este nível “utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território” (p. 928). Sendo assim, a ABS incorpora os princípios do SUS:

efetivando a integralidade quanto à integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços (TANAKA, 2011, p. 928).

De acordo com Starfield (2001), a APS é composta por 7 atributos, sendo 4 essenciais e 3 derivados. O primeiro é composto por: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Já os derivados são: atenção à Saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural. Ainda de acordo com a mesma autora, a APS deverá ser o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção.

Para atingir esses objetivos, optou-se pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que propõe a atuação de forma integrada com os Agentes Comunitários de Saúde. Para alcançar resultados de melhor qualidade nos serviços e a expansão das equipes de Saúde da Família (eqSF), iniciou-se o movimento para institucionalizar o monitoramento e a avaliação na APS (CRUZ, 2014). Castanheira (2015) afirma que a APS deve atuar como eixo organizador da rede de atenção, portanto a consolidação de ações avaliativas nos serviços de saúde se faz de extrema relevância. De acordo com a autora, a partir de 1990, as avaliações têm tido certo crescimento utilizando-se diversos instrumentos e metodologias.

Segundo o documento “Brasília Saudável: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal”, da Secretaria de Estado de Saúde do DF (2016), Ceilândia é a maior cidade do DF com aproximadamente 454.000 habitantes, compõe a Região de Saúde Oeste, juntamente com Brazlândia. A RA-IX é composta por uma rede de 11 Centros de Saúde, 2 postos de saúde, sendo 1 urbano e 1 rural, 2 Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), bem como um Hospital Regional (HRC).

Nestas unidades, atuam 27 (vinte e sete) equipes de Saúde da Família e 14 (quatorze) equipes de Saúde Bucal, representando uma cobertura de Saúde da Família de 22%, em fevereiro de 2016 (SCNES), destacando

que todos os Centros de Saúde funcionam de forma mista, ou seja, a unidade desenvolve o modelo de atenção tradicional e Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2016, p. 21).

No entanto, a partir de 2017 as Portarias nº 77 e nº 78, de fevereiro desse mesmo ano, estabeleceram a conversão total da Atenção Básica do DF para o modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), realocando os atuais profissionais atuantes nesse nível de atenção para equipes Saúde da Família (eqSF), de forma voluntária. Sendo assim, os profissionais que não optarem por fazer parte dessas equipes serão distribuídos em outros pontos de atenção.

Ainda de acordo com esses documentos, os profissionais que compõem a eqSF são: um médico saúde da família, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Os profissionais “remanescentes” atuantes nessas áreas, ou seja, que não estão vinculados a nenhuma eqSF, irão compor equipes de transição, que funcionarão por no máximo um ano, sendo convertidas em eqSF quando cumpridas todas as exigências estabelecidas nessas portarias.

Diante desse cenário, optou-se por selecionar uma unidade já convertida e outra com o modelo estabelecido anteriormente, no entanto, o processo de conversão se deu de forma “acelerada”, o que corroborou com que uma das unidades estivesse em fase de transição no momento da aplicação do questionário.

2.2 Avaliação em Saúde

O ato de “avaliar” pode ser entendido como:

fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). (CONTANDRIOPOULOS, 1997, p. 31).

Um dos pontos mais importantes em uma avaliação está no uso das informações geradas por ela para o aprimoramento das ações e serviços avaliados:

A apresentação e difusão dos resultados é um aspecto da avaliação quase sempre colocado em segundo plano. No entanto, uma avaliação não servirá para subsidiar a tomada de decisões e intervenção concreta sobre o que foi avaliado, se seus resultados não forem comunicados adequadamente (TANAKA, 2001, pág. 51).

Nota-se que a avaliação é uma grande ferramenta para guiar decisões, entretanto, pode assumir várias abordagens. A avaliação normativa, por exemplo, busca comparar uma intervenção abordando os componentes de estrutura, processo e resultados. Sendo assim:

Consiste em emitir um julgamento sobre uma intervenção comparando, por um lado, os recursos empenhados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com, por outro lado, critérios e normas. (CHAMPAGNE et al, 2011, p. 54).

Sendo assim, dentro da abordagem normativa está a abordagem sistêmica proposta por Donabedian (1985), que definiu uma tríade muito utilizada na área para a avaliação em saúde: estrutura, que abrange aspectos físicos e recursos humanos; processo, que são as atividades realizadas; resultado, que corresponde aos efeitos do programa avaliado. Este tipo de abordagem permite uma coleta e análise de dados simples e direta (TANAKA, 2008).

Já a pesquisa avaliativa analisa, utilizando métodos científicos, a adequação e pertinência de uma intervenção, levando em consideração diversos fatores, desde os objetivos até os recursos investidos (CHAMPAGNE et al, 2011). Sendo assim:

Na abordagem da pesquisa avaliativa o objetivo é fazer um julgamento expost de uma intervenção usando métodos científicos. É julgar a pertinência da intervenção, se reproduzível ou se factível, e a sua relação com o contexto em que esta se situa. (SANCHO e DAIN, 2012, p. 769).

A qualidade em saúde pode ser entendida como o “grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes” (DONABEDIAN, 1982). Sendo assim, seu constante aprimoramento é de suma importância, pois esses fatores podem sofrer alterações de acordo com determinantes sociais, econômicos, políticos e até mesmo quanto aos sujeitos envolvidos, como os profissionais, gestores e usuários do serviço, influenciando assim, no padrão de qualidade esperado (BRASIL, 2012; ZARILI, 2015).

De acordo com Calvo et al (2013), a qualidade em saúde tem sido associada essencialmente à técnica e aos usuários:

No Brasil, as iniciativas institucionais de avaliação da qualidade têm sido desenvolvidas no enfoque do cumprimento de padrões técnicos e/ou voltadas às expectativas dos usuários, a exemplo do Programa de Qualidade no Serviço Público voltado à saúde (PQSP), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), Avaliação para Melhoria da

Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), e Programa para melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). (CALVO et al, 2013, p. 7).

O contexto de saúde, as tecnologias utilizadas e até mesmo alterações no modelo assistencial influenciam no padrão de qualidade esperado para determinado serviço (BRASIL, 2012a). Sendo assim, esta é uma grande dificuldade na construção de instrumentos de avaliação que contemplem todas essas características dos serviços. Portanto, esses padrões “devem ser atualizados e redefinidos na medida em que sejam conquistados novos patamares.” (CASTANHEIRA et al., 2014, p. 680).

Ainda nesse sentido, Zarili (2015) afirma:

Os processos de avaliação de serviços estão presentes em muitos países com o uso de diferentes instrumentos já validados que, quando são utilizados em diferentes contextos, precisam ser adaptados à realidade local e passar por nova validação. (p. 24).

2.2.1 Instrumentos de avaliação e indicadores

Segundo Monteiro e Hora (2015), um dos instrumentos de avaliação bastante utilizados na área da saúde pública é o questionário, tendo como variação a possibilidade de ser autoadministrado, autoaplicado ou autorrespondido. Nestas últimas variações, a resposta e devolução pode ser feita pessoalmente ou por meio eletrônico, tornando-se um meio rápido e barato para coleta de dados, porém depende do grau de instrução dos pesquisados.

De acordo com Cruz et al. (2014), os resultados da autoavaliação podem gerar diversas reflexões e ajustes:

Não se quer valorizar erros e sim ajustes estratégicos que melhor vinculem escolhas à decisões. [...]. Tais mecanismos devem se consubstanciar como processos dialogados nas equipes para que, de fato, possam alterar o processo de trabalho, orientar as mudanças e se traduzir em ações. Essa constatação pressupõe a necessidade de reconhecimento dos conflitos existentes e de visão estratégica por parte das equipes e gestores da Atenção Básica. (p.138).

As reflexões de Marques da Cruz acerca do tema se estendem:

As iniciativas de autoavaliação vinculadas ao planejamento tendem a promover a autorreflexão sobre processos, sujeitos da ação e dos grupos implicados, visando à identificação dos problemas e à formulação de

estratégias para melhoria das práticas e das relações na Atenção Básica. (CRUZ et al., 2014, p. 137).

Apesar dos benefícios que a avaliação e suas variações, como a autoavaliação, pode proporcionar para os serviços de saúde, ainda é difícil estabelecer tais ações:

Mesmo destacando a potencialidade da autoavaliação, os autores enfatizam que ainda permanecem os problemas de articulação das ferramentas de planejamento e avaliação e de adequação na ABS, uma vez que as equipes continuam a adotá-las como algo para se cumprir e pouco para orientar a mudança necessária. O uso de instrumentos autoavaliativos qualifica os processos na ABS porque possibilita o agir reflexivo ao orientar a ação das equipes. (CRUZ et al., 2014, p. 136).

De acordo com a comparação entre as principais iniciativas avaliativas utilizadas no Brasil com o instrumento QualiAB, percebe-se que esse instrumento se inscreve no grupo das avaliações normativas com indicadores de qualidade quanto às dimensões de estrutura e processos (CASTANHEIRA, et al., 2011).

Segundo Jannuzzi (2005) os indicadores têm o papel de subsidiar o planejamento, ou seja, servem como norteadores das ações, contribuindo para a tomada de decisão mais qualificada. Para Nasser (2015) “os indicadores são elementos expressivos para conhecer e julgar um dado objeto” (pág. 77). Portanto, torna-se de suma importância para todos os profissionais de saúde, sejam os “da ponta” (tomadores de decisão) ou os atuantes em serviços locais, podendo implicar em mudanças significativas para a melhoria da qualidade dos mesmos.

Os indicadores podem ser quantitativos ou qualitativos sendo considerados, respectivamente, numéricos ou categóricos, sendo este último a “categorização da característica de interesse do estudo”. (MONTEIRO E HORA, 2015). Em saúde, os indicadores qualitativos são de suma importância uma vez que podem equivaler a avaliação dos diferentes contextos da realidade a partir do indivíduo, seja o usuário ou o profissional de saúde (JANNUZZI, 2005).

Indicadores de qualidade devem possuir sensibilidade e especificidade adequadas para abranger os vários níveis de qualidade existentes quanto ao alvo da avaliação (NEMES, 2001). De acordo com Jannuzzi (2005):

Sensibilidade e especificidade são propriedades que também devem ser avaliadas quando da escolha de indicadores para a elaboração de um sistema de monitoramento e avaliação de programas públicos. Afinal, é importante dispor de medidas sensíveis e específicas às ações previstas

nos programas, que possibilitem avaliar rapidamente os efeitos (ou nãoefeitos) de determinada intervenção. (p. 141).

Em relação à variedade de instrumentos, Zarili (2015) afirma:

Os processos de avaliação de serviços estão presentes em muitos países com o uso de diferentes instrumentos já validados que, quando são utilizados em diferentes contextos, precisam ser adaptados à realidade local e passar por nova validação. (ZARILI, 2015, p. 24).

Os autores Monteiro e da Hora (2015) afirmam que os instrumentos de medição “têm utilidade para auxílio na melhor compreensão do mundo que nos cerca, permitindo que sejam realizadas análises, predições, antecipações, e também que sejam propostas melhorias.”¹. Sendo assim, é de grande valia para os gerentes das unidades de saúde, pois encontram-se em meio a esse cenário no qual até mesmo o “imprevisto deve ser previsto” e realizados constantes ajustes para o aprimoramento dos serviços.

Ainda de acordo com Monteiro e da Hora (2015), um instrumento autoaplicado apresenta vantagens como a rapidez para a obtenção de dados e o baixo custo. No entanto, uma de suas desvantagens é que depende altamente do grau de instrução dos pesquisados. Por outro lado, Cruz et al (2014) afirmam que “o uso de instrumentos autoavaliativos qualifica os processos na ABS porque possibilita o agir reflexivo ao orientar a ação das equipes.” (pág. 136).

No Brasil, algumas ferramentas de autoavaliação adotadas são: Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) e, recentemente, o Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB). Sendo este último aplicado somente em São Paulo, estando em fase de validação nacional (CASTANHEIRA et al, 2011; 2014) (ZARILI, 2015). Essas e outras ferramentas de avaliação de ABS são comparadas no capítulo seguinte deste estudo.

¹. Não foi possível identificar a paginação da obra de Monteiro e da Hora (2015).

2.2.2 Métodos e programas avaliativos da Atenção Básica

Os esforços do Brasil em relação à qualidade dos serviços tem sido crescente, incentivando a institucionalização de uma cultura avaliativa, estimulando a criação de

instrumentos de avaliação de serviços, bem como o aprimoramento de mecanismos de monitoramento dos mesmos. No entanto, é preciso que haja a consolidação das iniciativas que visam à qualidade da Atenção Básica, não somente inovar, mas consolidar e inovar. (CASTANHEIRA et al, 2015).

A diversidade de métodos avaliativos pode levar a escolha de um único método, levando em consideração o tipo de serviço e o objetivo da avaliação, ou seja, a pergunta a qual se deseja responder, podendo estar ligada às dimensões de estrutura, processo e resultado, à aspectos normativos, entre outras facetas as quais a avaliação pode ser utilizada. (CASTANHEIRA et al, 2015). Mas também pode contribuir para a complementaridade entre eles:

A multiplicidade das avaliações, com focos, estratégias e instrumentos diversificados, traz maior riqueza às análises, pois permite comparações e complementaridades que ampliam a visibilidade do sistema e fortalecem a implementação de uma cultura avaliativa nos serviços. (CASTANHEIRA et al, 2015, p. 222).

2.2.2.1 Definição e comparação entre as principais iniciativas avaliativas adotadas no Brasil

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB

Segundo o Ministério da Saúde, o PMAQ-AB foi criado em 2011 com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB. Sua primeira versão, instituída pela Portaria nº 1.654 de julho de 2011, era composta por 4 fases, sendo elas, respectivamente: adesão, desenvolvimento, avaliação externa e reconstrutualização. A terceira fase (avaliação externa) inclui avaliações a partir do profissional de saúde, usuários e, de forma complementar, os gestores, sendo esta realizada de forma autoavaliativa, na qual o instrumento é de escolha do gestor. (BRASIL, 2011).

A última fase (reconstrutualização) marca o final de um ciclo e o início de outro, a fim de que o processo de melhoria da qualidade seja contínuo. Sendo assim, quando certo “padrão” de qualidade é atingido, estabelecido de acordo com os indicadores previamente estipulados, logo é realizada uma nova reconstrutualização, onde novos indicadores serão estipulados a fim de que outro padrão seja estabelecido. (BRASIL, 2011). Sendo assim, o programa também visa a “garantia de um padrão de qualidade comparável nacional,

regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde” (BRASIL, 2012b).

Em 2015 foi atualizado pela Portaria nº 1.645, passando a ser composto por 3 fases (Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização) e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento (**autoavaliação**, monitoramento, educação permanente, apoio institucional, cooperação horizontal presencial e/ou virtual). Tendo cada ciclo a duração de 24 meses, nesse mesmo ano iniciou-se o 3º ciclo do PMAQ-AB que, apesar de ser uma iniciativa do Ministério e um programa nacional, sua adesão é voluntária (BRASIL, 2015).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), em consulta realizada em agosto de 2016 ao Painel de Adesões de equipes de AB/SB/NASF ao 3º Ciclo do PMAQ, o Distrito Federal é o estado que possui a menor taxa de adesão por equipes da AB (57,22%), sendo que em todos os outros estados a taxa é igual ou superior a 80%. (DAB, 2016). Esta informação pode indicar certa resistência à avaliação, sendo necessários estudos a cerca deste dado tão alarmante.

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ

De acordo com o Guia de Implantação Municipal AMQ (2006), o projeto “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ), proposto pelo Ministério da Saúde, tem como foco os profissionais de saúde, sendo eles gestores, coordenadores ou membros das equipes. Como o próprio nome diz, é voltado para a ESF, no entanto, as informações adquiridas através da avaliação são disponibilizadas para as três esferas de gestão. (BRASIL, 2006).

O AMQ é de livre adesão pelos gestores e outros participantes e não conta com incentivos ou punições relacionadas aos seus resultados. Tem uma abordagem autoavaliativa incentivando a reflexão e incluindo os participantes ao processo de avaliação de maneira mais efetiva e direta. Além disso, “possibilita a gestão interna dos processos de melhoria da qualidade” (p. 4). (BRASIL, 2006).

Tem como base o modelo de estrutura, processo e resultado proposto por Donabedian. Estabelece 5 níveis de qualidade: E (elementar), D (em desenvolvimento), C (consolidada), B (boa) e A (avançada). Possui um sistema informatizado (AMQ.net) que disponibiliza relatórios, formações históricas, entre outras informações para as três

esferas de gestão, sendo que as informações disponibilizadas para cada esfera são diferenciadas, a fim de que haja a privacidade das municipais. (BRASIL, 2006).

É composto por 5 instrumentos avaliativos, sendo específicos, respectivamente, para o gestor municipal de saúde, coordenadores municipais da ESF, diretores técnicos dos serviços de SF, profissionais da equipe de SF e profissionais de nível superior da equipe de SF. É respondido em uma versão impressa, sendo posteriormente incluído na base de dados disponível no AMQ.net. (BRASIL, 2006). Ou seja, o projeto AMQ é um conjunto de ações voltadas para a melhoria da qualidade na ESF.

Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – AMAQ

A Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) é uma ferramenta de avaliação, que como o próprio nome diz, é voltada para os serviços de atenção básica em geral. É um instrumento autoavaliativo de uso não obrigatório, sendo uma opção de uso para a terceira fase (avaliação externa) do PMAQ. (BRASIL, 2012a). Aqui a qualidade é entendida como:

o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores. (BRASIL, 2012a, p. 22).

Sua elaboração teve como base o AMQ e outras ferramentas nacionais e internacionais. Além disso, tem uma plataforma própria que também permite “analisar a evolução dos resultados avaliativos” (BRASIL, 2012a, p. 14). Sendo assim, é de grande importância para o gestor analisar a efetividade da avaliação, utilizando-se de seus resultados para o aprimoramento dos serviços, permitindo que se discuta também o quanto a avaliação foi capaz de refletir mudanças em determinada prática de saúde.

São abordados aspectos da Gestão (gestão municipal, gestão da atenção básica, unidade básica de saúde) e equipe (perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde). Em cada aspecto ou subdimensão são definidos padrões de qualidade, citando uma “situação ideal”, na qual os participantes deverão atribuir uma nota de 0 a 10 à prática correspondente àquela situação, sendo 0 muito insatisfatório e 10 muito

satisfatório. Ou seja, atribuir um grau de adequação ou proximidade da realidade com a situação ideal. (BRASIL, 2012a).

Metodologia de Donabedian, proposta por Tanaka (2011)

A abordagem proposta por Donabedian propõe um método para a avaliação em saúde, o qual aborda três componentes: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1985). Tanaka (2011) faz uma “releitura” dessa abordagem, tendo como foco o usuário e levando em consideração a interação entre profissional-paciente e a satisfação do mesmo. Tem como objetivo a adequação da oferta e das relações entre os distintos procedimentos desse nível de atenção.

Ainda de acordo com Tanaka (2011), inicia-se a avaliação pelo processo, por ser um componente que reflete principalmente no usuário e que permite uma projeção dos resultados esperados, prosseguindo para resultados e por fim, avaliando-se aspectos da estrutura. Afirma que a tomada de decisão, ou a modificação do cenário avaliado, pode ocorrer durante o processo de avaliação, “não necessitando aguardar o feedback dos resultados” (TANAKA, 2011, p. 931).

A proposta de Tanaka para o método de Donabedian é uma abordagem de caráter quantitativo qualitativo, envolvendo dados coletados do sistema DATASUS, como número de consultas por habitantes, e entrevistas com informantes chaves do serviço, inclusive com os usuários. No entanto, as entrevistas ocorrem com serviços selecionados a partir dos dados do sistema DATASUS. (TANAKA, 2011).

Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCAToolBrasil

O Primary Care Assessment Tool (PCATool) foi criado e validado por Starfield et al. nos Estados Unidos da América, originalmente é um instrumento autoaplicável, possuindo versões para adultos, crianças e profissionais de saúde. A versão destinada para crianças é aplicada aos cuidadores das mesmas. (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001). O PCATool tem o objetivo de “medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação de seus atributos essenciais e derivados.” (CARNEIRO et al., 2014, p. 280).

No Brasil, a “ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS” levou à adaptação desse instrumento, passando a ser intitulado como “Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCAToolBrasil”. O foco do PCAToolBrasil são os componentes de estrutura e processo. Apesar de ser um instrumento de autorresposta, optou-se por aplicá-lo por meio de entrevistas. (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde:

Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo). (BRASIL, 2010, p. 10).

Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB)

No presente estudo, o instrumento QualiAB é foco de análise e será melhor abordado. O Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) é um instrumento de avaliação que, de acordo com Castanheira et al (2011):

procura situar-se nos limites entre uma avaliação normativa – com a quantificação de elementos formais que apontem para as condições do êxito técnico – e uma avaliação formativa – aquela que enfatiza o aprendizado, que produz para os sujeitos implicados na avaliação informações que contribuam para a superação de obstáculos identificados. (p. 940).

Sendo assim, o instrumento investigado utiliza-se da avaliação normativa e participativa ao combinar a comparação com padrões técnicos (normas) de organização e funcionamento dos serviços de ABS e, também, o julgamento dos profissionais e gestores sobre esses aspectos na realidade dos seus serviços (Castanheira et al., 2011).

O QualiAB é um questionário estruturado de autorresposta, voltado para a Atenção Básica, que pode ser aplicado em serviços segundo diferentes modelos de organização, como Estratégia Saúde da Família, tradicional ou outros tipos. Tem como foco a organização do trabalho local, ou seja, o processo de trabalho da unidade. (CASTANHEIRA et al., 2011; 2014). Sendo assim, “fornece uma avaliação válida, simples e com a possibilidade de retorno imediato para gerentes e profissionais.” (CASTANHEIRA et al., 2011, p. 936).

De acordo com Castanheira et al (2014), o QualiAB tem pressupostos como:

todos os serviços de saúde na APS devem possuir um nível aceitável de qualidade; o processo de construção de um novo modelo assistencial passa, necessariamente, pelo envolvimento ativo das equipes locais e por mudanças nos processos de trabalho; instrumentos que avaliam a qualidade de serviços devem valorizar indicadores de processo que reflitam a dinâmica do trabalho; os padrões de qualidade devem ser atualizados e redefinidos na medida em que sejam conquistados novos patamares. (p. 680).

O instrumento é formado por questões de múltipla escolha, que caracterizam os serviços e geram indicadores de qualidade. São direcionadas para o gerente e equipe técnica de serviços de APS. No entanto, parte delas admitem apenas uma escolha de alternativa, enquanto outras admitem a seleção de várias (CASTANHEIRA et al., 2011). Esse instrumento faz parte das iniciativas para a melhoria da qualidade da APS e baseia-se nas normas estabelecidas para a atenção básica em documentos, como por exemplo, a PNAB (CASTANHEIRA et al., 2014).

O QualiAB avalia a qualidade “pelo conjunto de indicadores, que podem ser agregados por dimensões e subdimensões adotadas” (ZARILI, 2015, p. 43). As dimensões avaliadas no questionário são de gerência e assistência, abordando como subdimensões desde o planejamento e avaliação, até a atenção específica de grupos, como Atenção a Crianças e adolescentes, Saúde da mulher, entre outros. (ZARILI, 2015).

Foi criado em 2007, tendo como base um instrumento de avaliação utilizado na atenção a pessoas com Aids, o QualiAids, sendo sua primeira aplicação, ainda nesse mesmo ano, em 3 municípios do estado de São Paulo. O instrumento passou por teste-piloto, validação de construto e confiabilidade entre outras fases durante sua construção. Em 2010 passou a fazer parte do programa Articuladores da Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, sendo realizada uma nova aplicação, desta vez com adesão de 586 municípios, representando cerca de 91% dos municípios do estado. (CASTANHEIRA et al., 2011).

Até então, o instrumento continha 85 questões divididas em 5 blocos: Identificação e características gerais do serviço; Registro de dados e informações em saúde; Organização da Atenção à Saúde; Perfil de atividades da equipe multiprofissional e Características do Processo Gerencial. Abarcava questões pontuadas e descritivas, das quais 20 caracterizavam os serviços e 65 geravam indicadores, admitindo-se respostas únicas ou múltiplas. As questões que geram indicadores são pontuadas e recebem

valores de 0 a 2, que correspondem à ausência ou condições abaixo das mínimas para execução dos serviços (0), padrão médio aceitável (1) e o melhor padrão possível (2). (CASTANHEIRA et al., 2011).

Em 2015 foi atualizado com o objetivo de abranger todo o Brasil. A partir de então, passou a ser composto por 120 questões, com 102 indicadores, sendo distribuídas em 5 blocos: Identificação e características gerais do serviço; Informação, planejamento e avaliação em saúde; Organização da atenção à saúde; Perfil de atividades; e Características do processo gerencial. Permaneceu a mesma dinâmica de resposta para questões pontuadas, admitindo a seleção de uma única alternativa ou várias, a depender da pergunta. (ZARILI, 2015).

Atualmente, o instrumento encontra-se em aplicação nacional, na última etapa para a validação final, sendo realizado no estado do Maranhão, Mato Grosso, Paraná e São Paulo. (ZARILI, 2015). No entanto, todas as suas aplicações ocorreram em municípios, sendo esta uma das justificativas para o presente trabalho. (CASTANHEIRA et al., 2011; 2014) (ZARILI, 2015).

3 Objetivos

1. Realizar a validação semântica do instrumento a partir da visão dos profissionais;
2. Adaptar, quando necessário, o instrumento QualiAB para a estrutura administrativa do DF, organizada por Regiões Administrativas e não por municípios.
3. Comparar os principais métodos e programas avaliativos utilizados no Brasil.

4 Conceitos e caminho metodológico

Inicialmente foi realizada uma pesquisa exploratória com base bibliográfica. Segundo Gil (2002), este tipo de pesquisa tem “como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias [...]”. Foram utilizados documentos coletados através de sítios da internet do Ministério da Saúde – MS, da base de dados Scielo e de literatura cinzenta, como teses no período de janeiro de 2015 a julho de 2017.

A partir desses documentos foi examinada a relação entre os principais métodos e programas avaliativos utilizados no Brasil: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB; a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ; Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – AMAQ; a metodologia de Donabedian, proposta por Tanaka (2011); o Primary Care Assessment Tool – PCATool, em sua versão adaptada para o Brasil; e o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica – QualiAB. Construiu-se um quadro comparativo entre essas iniciativas, contendo as principais características das mesmas (Quadro 1).

Quanto ao processo de validação semântica do instrumento, o presente trabalho baseou-se na validação semântica utilizada por Rodrigues et al. (2014). Os autores descrevem o processo de adaptação e validação semântica de um instrumento de avaliação para a Rede de Atenção à Saúde. No estudo, levaram em consideração para a validação semântica a coerência, a relevância e a compreensão dos itens. Esse processo “possibilitou ajustamento do instrumento, tornando-o mais compreensível aos sujeitos” (Rodrigues et al., 2014, p. 1387).

Sendo assim, entende-se que este trabalho pode contribuir para o aprimoramento do instrumento QualiAB, testado em boa parte do país (ZARILI, 2015). O processo de validação utilizado no estudo de Zarili (2015) passou por etapas como revisão por pares, aplicação pré-teste, teste piloto e utilização da Técnica Delphi, que não serão abordadas neste trabalho.

Considerando que o intuito do presente trabalho é realizar a validação semântica do instrumento a partir da visão dos profissionais, a pesquisadora foi até a unidade onde foram marcados previamente encontros de trabalho para a aplicação do instrumento (Anexo I). Devido às portarias nº 47 e nº 48, de fevereiro de 2017, as unidades foram escolhidas de acordo com o processo de conversão, pois na data prevista para a aplicação do questionário (junho a agosto de 2017), apenas duas unidades estariam com seu ambiente relativamente “estável” na região administrativa de Ceilândia, ou seja, uma estaria totalmente convertida para o modelo ESF, enquanto a outra não teria iniciado o processo de conversão. No entanto, esse processo ocorreu de forma acelerada, sendo o instrumento aplicado na unidade já convertida e na outra unidade em fase de transição.

A aplicação do instrumento aconteceu de maneira pessoal, ou seja, a pesquisadora **leu as perguntas e todas as opções de resposta** para todos os profissionais, que receberam uma cópia do instrumento para acompanhar a leitura, para que pudessem respondê-las, fazendo as observações que achassem pertinentes ao longo da aplicação. Devido a esta técnica de aplicação do QualiAB, o participante tinha a possibilidade de levantar observações para cada uma das opções de resposta; **neste estudo, cada opção é chamada de “alternativa”**. Foram **totalizadas 6.542 possíveis observações**, levando em consideração o número de vezes que o instrumento foi aplicado e a quantidade de alternativas.

Antes de iniciar a leitura, a pesquisadora reafirmou o objetivo do estudo, frisando que apenas as observações seriam analisadas, portanto, a unidade ou os profissionais não são alvo de avaliação e sim os comentários e observações acerca do questionário, pois o objetivo é a validação do mesmo.

Utilizou-se os métodos da análise de conteúdo para analisar as falas quanto a coerência, a relevância e a compreensão dos itens do instrumento. Essa análise pode acontecer de maneiras variadas, Gomes (2009) aborda o passo a passo de uma análise de conteúdo temática, mas deixa claro que a ordem dos passos não é uma imposição. Sendo assim, antes de realizar todo o processo de validação, foi realizada a análise de conteúdo proposta por Gomes (2009) de forma adaptada, seguindo-se as seguintes etapas: (1) leitura compreensiva do conjunto do material selecionado e (2) Análise das falas coletadas durante a aplicação do questionário.

A 1ª etapa se deu da seguinte forma:

- A. Aproximação com o questionário QualiAB;
- B. Identificação de particularidades de acordo com o objetivo da pesquisa;
- C. Elaboração de pressupostos primários;
- D. Definição de categorias de classificação inicial;

Nessa etapa, o instrumento foi amplamente estudado, permitindo uma visão macro do instrumento (A). Foi realizada então a análise do instrumento QualiAB por parte dos pesquisadores, identificando termos utilizados originalmente a serem adaptados ao contexto de organização político-administrativa do DF e às especificidades da organização local dos serviços e da rede de ABS (B). Sendo assim, foram sugeridas

modificações desses termos, alterando apenas a escrita para termos locais, sem perda de conteúdo ou sentido; essas propostas de adaptação foram enviadas para os gestores regionais da ABS/DF (DIRAPS/Região Oeste/DF). Veja-se o exemplo de uma validação proposta:

Questão original:

“Questão 25. As estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades “EXTRA MUROS”) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
- 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
- 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, creche, associação de moradores e outros)
- 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
- 6) Atividades articuladas com outras Secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outros)
- 7) Outras - especifique: _____
- 8) Não realiza atividades na comunidade”

Questão Reescrita:

“Questão 25. As estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades “EXTRA MUROS”) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
- 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
- 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, creche, associação de moradores e outros)
- 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
- 6) Atividades articuladas com outras Secretarias do estado (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outros)
- 7) Outras - especifique: _____
- 8) Não realiza atividades na comunidade”

Foram realizados encontros de trabalho com os gestores da DIRAPS/DF para adequar os termos previamente marcados pelos pesquisadores e verificar outros termos que não contemplem ou não estão compreensíveis para a realidade local do DF (B), adequando os termos sugeridos, mantendo os conteúdos e sentidos originais do QualiAB, fazendo assim uma validação semântica do instrumento (RODRIGUES et al., 2014).

Os pressupostos primários elaborados (C) nesta fase foram: (1) Alterações por parte da DIRAPS/DF de termos previamente identificados e outros sugeridos pela mesma; (2) Dificuldades por parte dos profissionais para responder as questões com termos específicos para municípios. No entanto, não houve sugestões ou modificações por parte da DIRAPS/DF, podendo indicar a pertinência do instrumento para o DF e escrita adequada ou compreensível de todos os termos identificados previamente pelos pesquisadores na primeira fase.

As categorias de classificação inicial para as falas (D) foram: Dificuldades de compreensão para termos locais; e Questionamentos acerca da pertinência de algumas questões para o DF (como a questão número 41, que diz respeito ao pré-natal em áreas endêmicas para malária).

Sendo assim, foram realizados encontros com os gerentes, equipes de gestão (supervisor administrativo e supervisor de enfermagem) e profissionais das unidades para a apresentação da proposta e a coleta de assinaturas nos termos. Foi solicitada a indicação por parte do gerente de dois profissionais das funções citadas na PNAB (2012) para as equipes de atenção básica, são elas: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem, Dentista e Técnico de Saúde Bucal (TSB).

Apesar da indicação prévia, muitos dos encontros com os profissionais não foram possíveis devido à disponibilidade de agenda dos mesmos, sendo assim, o gerente passou a indicar o profissional que estivesse disponível no dia do encontro para a aplicação do instrumento. Também devido a disponibilidade destes, optou-se por agrupar os profissionais da área de saúde bucal e da área da enfermagem. Desta forma foram escolhidos por unidade os seguintes profissionais: 2 ACS, 2 médicos, 1 enfermeiro, 1 técnico/auxiliar de enfermagem, 1 dentista e 1 TSB, além da equipe de gestão formada

por 3 profissionais (gerente, supervisor da enfermagem e supervisor administrativo). Totalizando 22 participantes da pesquisa, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Amostra Final do Estudo			
Função	Quantidade		
	Unidade A	Unidade B	TOTAL
ACS	2	2	4
Médico	2	2	4
Enfermeiro	1	1	2
Auxiliar/Técnico de enfermagem	1	1	2
Dentista	1	1	2
TSB	1	1	2
Gerente	1	1	2
Sup. Enfermagem	1	1	2
Sup. Administrativo	1	1	2
TOTAL	11	11	22

Durante a apresentação da proposta houve queixas quanto à extensão do questionário. Por esse motivo a metodologia proposta inicialmente, aplicação completa do questionário para todos os profissionais, teve de ser adaptada. Portanto, foram selecionados os blocos temáticos para cada área de atuação. A seleção se deu de acordo com as funções e competências dos profissionais, como também quanto ao envolvimento com o tema dos blocos (por exemplo: o bloco “Educação em Saúde” foi direcionado para o ACS, já o bloco “Saúde Bucal” foi direcionado aos dentistas e TSB). O número de questões ficou distribuído da seguinte maneira:

Quadro 3 - Distribuição das questões por bloco temático:

Bloco Temático	Numeração das Perguntas	Direcionado para quais profissionais?
Bloco I – Identificação e Características Gerais do Serviço	1 - 15	Equipes de Gestão
Bloco II – Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos	16 - 23	Equipes de Gestão, Enfermagem (Enfermeiro e Auxiliar/Técnico)
Bloco III – Organização da Atenção à Saúde III.1 – Educação em Saúde	24 - 27	Equipes de Gestão, Agente Comunitário de Saúde
III.2 – Organização da Assistência	28 - 31	Equipes de Gestão, Agente Comunitário de Saúde, Enfermagem (Enfermeiro e Auxiliar/Técnico), Médico
III.3 – Saúde da Mulher	32 - 50	Agente Comunitário de Saúde, Enfermagem (Enfermeiro e Auxiliar/Técnico), Médico

III.4 – Saúde da Criança e do adolescente	51 - 60	Agente Comunitário de Saúde
III.5 – Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa	61 - 74	Agente Comunitário de Saúde
III.6 – Vigilância em saúde e atenção a agravos de relevância epidemiológica e social	75 - 92	Agente Comunitário de Saúde, Enfermagem (Enfermeiro e Auxiliar/Técnico),
III.7 – Saúde Bucal	93 - 95	Dentista e Técnico de Saúde Bucal
Bloco IV – Gestão e Gerenciamento local IV.1 – Informação, planejamento e avaliação em saúde	96 - 103	Equipes de Gestão (eG)
IV.2 – Características do Processo Gerencial	104 - 115	Equipes de Gestão (eG)

Conforme o Quadro 3, a quantidade de perguntas direcionadas para cada profissional foram: 69 questões para o ACS; 23 questões para o Médico; 49 questões para o Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de enfermagem; 3 questões para o Dentista e TSB e; 51 questões para a equipe de Gestão (eG). Como o objetivo deste trabalho é analisar a aplicabilidade do questionário (no sentido de compreensão e adequação dos termos ao DF), as respostas não são tão relevantes quanto as observações em relação ao questionário e termos, sendo esta informação frisada antes de iniciar cada entrevista. Ao final de cada entrevista também foram acrescentadas as perguntas “Alguma observação quanto ao questionário? Sugestão, ou dúvidas quanto aos termos?”, para contribuir com o objetivo do trabalho.

Os sujeitos poderiam optar por responder o questionário em dupla/grupo ou individualmente, uma vez que o objetivo da pesquisa não é avaliar os profissionais e sim a aplicabilidade do questionário. Em 11 ocasiões os encontros foram individuais; em 4 ocasiões os encontros, foram com a dupla ou grupo de profissionais da mesma área, sendo estas: os ACSs de uma das unidades, os médicos de uma das unidades, os profissionais da saúde bucal (Dentista e TSB) de uma das unidades e a equipe de gestão (Gerente, Supervisor de Enfermagem e Supervisor Administrativo) de uma das unidades.

Após a aplicação do questionário a todos os profissionais, foi realizada a 2ª etapa da análise de conteúdo, que se deu da seguinte forma:

- A. Distribuição os trechos, frases ou fragmentos de cada fala pelo esquema de classificação inicial (escolhido na primeira etapa), criando outras classificações quando necessário,

- B. Buscou-se dialogar as falas com os pressupostos elaborados na primeira etapa sendo necessário, adicionalmente, elaborar outros pressupostos.
- C. Analisar as diferenças entre as falas das várias classes do esquema de classificação para buscar eixos em torno dos quais possam ser discutidas.

Nessa etapa as falas foram analisadas de acordo com a classificação inicial (Dificuldades de compreensão para termos locais; e Questionamentos acerca da pertinência de algumas questões para o DF), no entanto, foi necessária a criação de novas classificações (A), denominadas de “Classes”, que foram: “Não é da minha alçada”; “Infraestrutura e materiais”; “Serviços”; “Uso/desuso de Termos”; “Dúvidas”; “Sugestões/Elogios/Críticas”; “Explicação/Complemento de resposta”. Estas “Classes”, quando necessário, foram analisadas em “Categorias” e “Subcategorias” das observações feitas pelos profissionais.

As questões que foram respondidas sem dificuldades aparentes ou mencionadas e não obtiveram nenhum tipo de observação, foram classificadas como “Sem observações”.

As falas foram dialogadas com os pressupostos iniciais (B), porém, os profissionais não demonstraram ou relataram dificuldades e outras observações quanto a termos específicos para municípios, mas sugeriram a reescrita de algumas questões para melhor interpretação. Sendo assim, foi criado um novo pressuposto: (1) A heterogeneidade dos modelos de organização, até mesmo dentro de uma mesma unidade, dificulta a resposta ao instrumento.

Esse pressuposto foi possível perceber devido a algumas falas dos profissionais, que se mostraram confusos sobre qual resposta dar, tendo falas como: “Enfermeiro eu vou ficar na dúvida, porque você não separou o enfermeiro da ESF e o enfermeiro do posto. [...]” (eG), “essa pergunta aqui depende também. Na nossa unidade ainda tem o tradicional e ESF, então o que a gente vai te passar é em relação ao que a gente tem de ESF.” (eG), “Se a gente considerar a ESF, essas outras atividades vão entrar.” (Supervisor de Enfermagem). No entanto, deve-se considerar que a Região está em fase de transição de modelo, de acordo com a Portaria nº 77 (DISTRITO FEDERAL, 2017).

As falas foram analisadas (C) a partir de sua classificação, buscando-se os pontos comuns e frequentemente relatados, sendo assim, a discussão dos resultados será a partir dessa caracterização.

Esta pesquisa é de cunho qualitativo-quantitativo, pois é baseada em encontros de trabalho e na “percepção” dos profissionais quanto ao instrumento de avaliação, no entanto, faz também uma análise quantitativa das observações. Todos os resultados serão encaminhados para a equipe QualiAB da Universidade Estadual Paulista (Unesp) que criou o instrumento, o atualizou e validou em outros estados do país, utilizando técnicas e metodologias diferentes deste estudo (Zarili, 2015).

O presente estudo trata de uma validação de um instrumento de avaliação, portanto, foram desconsideradas as respostas dos participantes, mesmo aquelas que se encaixavam em "outros". Foram analisadas as observações e comentários realizados ao longo da aplicação. Portanto, foi possível classificar/categorizar as falas em:

- Classe: Sem observações
- Classe: Observações Gerais
 - Categoria: Não é da minha alçada: A resposta indica que o participante considera que a atividade não corresponde às suas responsabilidades e/ou não faz parte dos atendimentos prestados pelo Centro de Saúde.

Exemplo: *“Eu acho que sim, mas não sei te informar porque não fico nessa sala”.*

- Categoria: Infraestrutura e Materiais (categoria): A resposta aponta observações sobre a estrutura e materiais disponíveis ou não.

- Subcategoria: Da unidade.

Exemplo: *“Aqui não tem sala de espera”.*

- Subcategoria: Da SES para a unidade

Exemplo: *“Eventualmente falta um ou outro. Falta reagente na Secretaria, entendeu?”.*

- Categoria: Serviço: O entrevistado elabora uma comparação entre o objeto da pergunta do QualiAB e as atividades realizadas no Centro de Saúde. Para entrar nesta categoria a resposta deve ser diferente da categoria “Não é da minha alçada” e não deve ser uma dúvida de compreensão.

- Subcategoria: Faz/Tem, mas...

Exemplo: “Se não me engano, ele faz essa entrega de medicação caso seja necessário; [faz] se o paciente não puder vir e ele tiver que fazer.”.

- Subcategoria: Não faz

Exemplo: “Não, porque aqui a gente liga; não tem disponível aqui, não”.

- Subcategoria: Não sei

Exemplo: “Não posso te afirmar, porque não tem 3 meses que eu estou aqui”

- Subcategoria: Não lembro

Exemplo: “Não que eu lembre, mas deve ter... porque é tanta coisa”.

- Classe: Dúvidas

- Categoria: Modelo de Organização

Exemplo: “Dentista é a mesma coisa; tem o dentista da ESF e o dentista não-ESF, mas as atividades são semelhantes às de um enfermeiro”

- Categoria: Individual ou grupo

Exemplo: “Individual ou coletiva?”.

- Categoria: Dúvidas gerais: Não cabem em outras categorias.

Exemplo: “Não estou lembrado do que é ‘climatério’, já vi essa palavra, mas não me lembro”.

- Classe: Uso/Desuso de termos

Exemplo: “Na verdade é PNE né? Não é mais PCD”.

- Classe: Sugestões/Críticas/Elogios

Exemplo: “Essa questão está perfeita, está super clara”.

- Classe: Complemento/Explicação de resposta já dada: O participante contextualizava uma resposta.

Exemplo: “Por enquanto, [combina] Unidade Básica tradicional com Equipe de Saúde da Família, está mudando”.

As falas foram analisadas por cada bloco temático do questionário. Somou-se o total de alternativas por bloco, multiplicou-se pelo número de encontros para as respostas do bloco de questões. Posteriormente calculou-se o percentual de respostas por categoria, tendo como base o número total de respostas. Cada aplicação do QualiAB poderia incluir 1 ou mais participantes. Por este motivo, na fórmula a seguir utiliza-se a variável “aplicação” e não “número de profissionais” para calcular o total de respostas por bloco. Sendo assim, o cálculo se resumiu em:

N = número total de alternativas por bloco

P = número de aplicações para responder as questões do bloco.

R = Total de respostas na categoria.

R% = Percentual de respostas por categoria no bloco.

$$\mathbf{N \times P = Total\ de\ respostas\ no\ bloco.}$$

$$\mathbf{(Total\ de\ respostas\ no\ bloco / R) \times 100 = R\%}$$

5 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB – FCE) e teve seu início somente após a sua aprovação (Anexo III) através do Protocolo de Nº 2.109.829. No entanto, houve necessidade de adaptações metodológicas quanto às entrevistas, aqui chamados de encontros, devido a disponibilidade dos profissionais e a extensão do questionário, porém, sem alterações nos riscos e benefícios da pesquisa. Sendo assim, foi necessária também a alteração do título desse trabalho de “Aplicação do instrumento de avaliação QualiAB em dois serviços de Atenção Básica de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia – DF” para “**Validação semântica do instrumento QualiAB**

em dois serviços de Atenção Básica em Saúde de Ceilândia: uma análise a partir dos profissionais.”

O estudo cumpriu com as normativas da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. A identidade dos profissionais participantes será, portanto, preservada, não sendo identificados no corpo do trabalho.

Na ocasião de coleta de dados, primeiramente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do estudo (Anexo II) que foi preenchido pelo sujeito da pesquisa, em horário e ambiente que o mesmo julgou mais apropriado, para garantir o não constrangimento do entrevistado, conforme a Resolução 466/12 do código de ética em pesquisas.

Para a realização da gravação das falas, foi apresentado o termo de autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa (Anexo IV).

6 Resultado e Discussão

Diante da diversidade de programas, projetos, métodos e instrumentos avaliativos, elaborou-se um quadro comparativo com as principais iniciativas brasileiras:

Quadro 1 - Comparação entre as principais iniciativas avaliativas brasileiras						
	PMAQ-AB	AMQ	AMAQ	DONABEDIA N (TANAKA, 2011)	PCA Tool - Brasil	QUALI-AB
Metodologia de Resposta	A autoavaliação faz parte do Programa	Autoavaliação	Autoavaliação	Entrevistas	Entrevistas na versão para o Brasil. (na versão original de Starfield, era uma autoavaliação).	Autoavaliação/Autorresposta
Dimensões	Estrutura, processo e resultados.	Estrutura, processo e resultados.	Estrutura, processo e resultados.	Estrutura, processo e resultado.	Estrutura e processo	Estrutura e processo

Quadro 1 - Comparação entre as principais iniciativas avaliativas brasileiras						
	PMAQ-AB	AMQ	AMAQ	DONABEDIAN (TANAKA, 2011)	PCA Tool - Brasil	QUALI-AB
Características Gerais	Programa	Projeto	Instrumento	Método	Instrumento	Instrumento
	Envolve os profissionais e os usuários	Envolve os profissionais de saúde	Envolve os profissionais de saúde	Envolve os profissionais e os usuários	Há versões para: crianças; adultos; profissionais de saúde, coordenador e gerente de unidades.	Envolve somente os profissionais de saúde
	Atualmente, composto por três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento. (Fase 1. Adesão e Contratualização; Fase 2. Certificação; Fase 3. Reconstrução; Eixo Estratégico: Autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional, cooperação horizontal).	É composto por 5 instrumentos avaliativos, sendo específicos, respectivamente, para o gestor municipal de saúde, coordenadores municipais da ESF, diretores técnicos dos serviços de SF, profissionais da equipe de SF e profissionais de nível superior da equipe de SF.	São abordados aspectos da Gestão (gestão municipal, gestão da atenção básica, unidade básica de saúde) e equipe (perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde).	Composto por dois momentos: 1º) Dados secundários (DATASUS, SIAB, SIAH); 2º) Entrevistas com informantes-chaves identificados em serviços selecionados a partir dos dados.	As questões estão divididas em componentes que representam os atributos da APS. Componentes: 1º) Utilização; 2º) Acessibilidade; 3º) Grau de afiliação; 4º) Integração de Cuidados; 5º) Serviços disponíveis; 6º) Serviços Prestados; 7º) Orientação Familiar; 8º) Orientação Comunitária.	Composto por 5 blocos: Identificação e características gerais do serviço; Informação Planejamento e Avaliação em Saúde; Organização da Atenção à Saúde Perfil de atividades; Características do Processo Gerencial.
Objetivo principal	Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica.	Estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade no âmbito da mesma, possibilitando aos atores diretamente envolvidos nos municípios a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para construção desta história por si mesmos.	Institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS)	Avaliar a adequação da oferta e das relações entre os distintos procedimentos desse nível de atenção	Medir a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS.	Avaliar a organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento de unidades de APS

Fonte: BRASIL, 2005; 2006; 2010; 2011; 2012a; 2012b; 2013; 2015. CARNEIRO et al., 2014. CASTANHEIRA et al., 2011; 2015. DONABEDIAN, 1985. CRUZ et al., 2014. PINTO, SOUSA, FERLA, 2014. STARFIELD et al, 2000. STARFIELD, XU e SHI, 2001. TANAKA, 2011.

Através do quadro comparativo (Quadro 1), foi possível perceber que no AMQ, AMAQ e QualiAB somente os profissionais são abordados, enquanto as outras iniciativas podem incluir outros atores, como os usuários. Todas as iniciativas comparadas abordam as dimensões de estrutura e processo, sendo a dimensão de resultados identificada no PMAQ-AB, AMQ, AMAQ, e na metodologia de Donabedian proposta por Tanaka (2011).

Com relação às observações relatadas ao longo da aplicação, o percentual por categoria e subcategoria foi baseado no número total de alternativas desse bloco, por exemplo: o Bloco 1 possui 560 alternativas (100%), porém na categoria “Não é da minha alçada” houve 13 observações, o que representa 2,32% do total de alternativas do bloco. Sendo assim, tem-se:

Bloco I (Identificação e Características gerais do serviço): Respondido pelas equipes de gestão e os gerentes das unidades, sendo o total de respostas igual a 560.

Neste bloco, através da análise das falas, foi possível perceber que a maior parte das questões não obteve observações, o que representa 87,50% (490), sendo respondidas sem dificuldades aparentes. A classe de observações gerais foi pontuada nas categorias “Serviço”, com 3,75% (21) e “Não é da minha alçada”, com 2,32% (13). A categoria de “Infraestrutura e materiais” não obteve observações.

A classe “Complemento/explicação de respostas” obteve 3,75% (21), seguida das classes “Dúvidas” com 2,50% (14) e “Sugestões/críticas/elogios” com 0,18% (1). Já a classe “Uso/Desuso de termos” não foi pontuada.

No Bloco I foi possível identificar várias falas quanto à transição dos modelos de organização da Atenção Básica e as possíveis disparidades entre eles:

“Por enquanto unidade básica de saúde tradicional com equipe de saúde da família, ta mudando.” (eG 1) - Questão 1, Alternativa 4.

“Enfermeiro eu vou ficar na dúvida, porque você não separou o enfermeiro da ESF e o enfermeiro do posto. Se a gente considerar essa divisão, o médico de família e o enfermeiro fazem as mesmas atividades, porém nem todos os enfermeiros fazem todas as atividades. ficou claro?” (eG 1) - Questão 9, Alternativa 5.

“Dentista é a mesma coisa, tem o dentista da ESF e o dentista não ESF, mas as atividades são semelhantes ao enfermeiro” (eG 1) - Questão 9, Alternativa 7.

“O NASF a princípio a gente não tem porque faz pouco tempo que a gente trabalha com ESF. Mas já tem um projeto de NASF aqui. É um local onde em o atendimento

de pediatria e de gineco, de clinica medica ainda não." (Supervisor de Enfermagem) - Questão 11, Alternativa 1.

"Nós temos pessoas pra compor o NASF, mas ainda não temos o NASF formado ainda e cadastrado, porque nós ainda não somos ESF por completo, estamos em transição" (eG) - Questão 11, Alternativa 1.

A heterogeneidade ou instabilidade dos modelos organizacionais dos serviços de atenção básica identificadas neste estudo também foi relatada na primeira aplicação do QualiAB:

"A diversidade de arranjos organizacionais observada retrata a realidade da APS em regiões do interior do estado de São Paulo em 2007, com uma extensa rede de serviços de APS organizados segundo diferentes arranjos." (CASTANHEIRA, 2014, p. 686).

Bloco II (Recursos materiais, procedimentos e insumos básicos): Respondido pelas equipes de gestão, enfermeiro e auxiliar/técnico, sendo o total de respostas igual a 720.

Neste bloco, a maior parte das questões não obteve observações, representando 90,14% (649) do total de alternativas para este bloco. Na classe de observações gerais, a categoria "Serviços" foi a que obteve mais observações, representando 5,14% (37), seguida da categoria "Não é da minha alçada" com 0,97% (7) e "Infraestrutura e materiais" com 0,42% (3).

A classe "Dúvidas" obteve 1,81% (13) de observações, seguida da classe "Complemento/Explicação de Resposta" com 1,25% (9) e "Sugestões/Críticas/Elogios" com 0,14% (1). Apenas nesse bloco a classe "Uso/Desuso de termos" foi pontuada, representando apenas 0,14% (1) do total de alternativas do bloco.

Foram observadas falas quanto às características de infraestrutura e materiais, notando-se em algumas falas que por vezes, a dificuldade ou resolução do problema, depende de outro nível da tomada de decisão:

"Você já viu que a 1 não tem né?" (gerente) - Questão 16, Alternativa 1 (relacionada ao bom estado de conservação).

"Esse item 1, a gente não tem uma frequência de reparo na unidade, por uma dificuldade da secretaria. Então assim, tem reparo? Tem, mas uma coisa assim, deixa a desejar. [...] Ficou um pouco vaga. De acordo com as nossas condições está ok." (eG) - Questão 16, Alternativa 1.

"Só para odontologia. O daqui vai para a CME e vem. (inaudível)" (Enf.) - Questão 16, Alternativa 10 (relacionada à sala de esterilização).

"Oxímetro sim. Porque foi doado ta? Porque aqui não tinha não." (Enf.) - Questão 17, Alternativa 8 (relacionada aos equipamentos disponíveis na unidade).

"Veículo para a unidade também se enquadra do mesmo jeito. Eu fico dependendo de uma fila." (eG) - Questão 17, Alternativa 13.

Nota-se também que o acesso à internet não tem sido adequado, de acordo com os profissionais:

"Tem, mas é uma coisa que tem oscilado, mas não adequado. Porque depende muito, assim, da alimentação de dados, sem internet fica muita coisa fora do sistema." (eg) - Questão 17, Alternativa 11 (quanto ao acesso aos sistemas).

"Só a restrita, a intranet" (A. Enf.) - Questão 17, Alternativa 11.

Quanto aos termos, percebe-se que há observações quanto ao uso/desuso de termos, porém há também a ambiguidade de interpretação de algumas palavras, como "acesso":

"na verdade é PNE, né? Não é mais PCD." (eg) - Questão 16, Alternativa 4.

"SAMU e quando a gente chama. É acesso. A gente chama e eles vêm." (Enf.) - Questão 17, Alternativa 12 (relacionada ao acesso a ambulâncias).

"não porque aqui a gente liga né. Não tem disponível aqui não." (a enf.) - Questão 17, Alternativa 12 (relacionada ao acesso a ambulâncias).

Bloco III.1 (Organização da atenção à saúde - Educação em Saúde):

Respondido pelas Equipes de Gestão e Agente Comunitário de Saúde, com um total de 315 respostas para o bloco.

Neste bloco, grande parte das questões não obteve observações, o que representa 86,98% (264). Na classe de observações gerais, a categoria serviços obteve 3,81% (12) de observações em relação ao número total de resposta para o bloco, enquanto as categorias "Infraestrutura e materiais" e "Não é da minha alçada" não foram pontuadas.

Já as classes "Dúvidas" e "Complemento/Explicação de resposta" obtiveram um percentual de observações igual a 4,44% (14) cada, seguida da classe

"Sugestões/Críticas/Elogios", com 0,32% (1). A categoria Uso/Desuso de termos não foi pontuada.

Durante a aplicação desse bloco, houve dúvidas/observações quanto ao sentido/contexto ao qual a pergunta se referia, cabendo, algumas vezes, à pesquisadora esclarecer tais questionamentos:

"Em relação aqui, pra gente trabalhando né?" (ACS)

"isso. As ações na comunidade." (ENTREVISTADOR)

"Que eu fiz?" (ACS)

"Que você sabe que teve. No último ano." (ENTREVISTADOR)

(Questão 24.)

"essa e não entendi direito. O que seria esses momentos específicos?" (ACS)

"campanhas em relação a dengue, aquelas coisas mais sazonais." (entrevistador)

"ah sim. Entendi agora" (ACS)

(Questão 25)

"Como eu to te falando. Se eu to entendendo, você ta se referindo que aqui no posto né?" (ACS) - Questão 26.

"individual ou coletiva?" (eG) - Questão 26.

"Na questão 'na unidade', como a gente trabalha na unidade e também na comunidade, isso me deixa um pouco na dúvida na hora de responder essa questão. No que se refere à comunidade, o trabalho in loco lá embaixo no sol nascente, a gente tem feito isso sim. De trabalhar conforme a demanda dos usuários. Um exemplo mesmo foi quando teve muitos casos de dengue. Então nós fizemos a mobilização, chamamos o centro de saúde, o centro de saúde entrou em contato com a administração, foram enviados tratores pra deixar o terreno plano, pra evitar acúmulo de água. Em relação à comunidade sim. Em relação à nossa comunidade vir ao centro de saúde e ter isso atendido, eu já não vou saber te responder. Até mesmo porque não é o nosso espaço próprio." (ACS) – Questão 27, Alternativa 6.

Houve também uma alternativa com mais de uma observação, sendo que uma se referia ao contexto da pergunta e outra a termos:

"A atividade é individual ou coletiva?" (eG). - Questão 25

"Como a gente está falando de um questionário aplicado na atualidade, o termo palestra para nós... a gente já está mudando de paradigma. A gente não considera mais adequado ao uso. A gente tem evitado de fazer palestra. a gente faz roda de conversa." (eG) - Questão 25, Alternativa 1.

Quanto às sugestões relatadas nesse Bloco:

"Quando você fala de métodos contraceptivos disponíveis na unidade, o encaminhamento não entra como um método. Uma coisa é encaminhar, outra coisa é fazer. O encaminhamento está disponível, mas a folha, o impresso. Não o material." (eG) - Questão 23, Alternativa 8.

"Quando você coloca os últimos 6 meses é muito complicado a gente avaliar, porque às vezes falta uma semana, às vezes falta um mês, um item específico. E isso aqui é uma gama muito grande de itens, então eu te dar os últimos 6 meses eu não vou conseguir te passar de pronto". (eG) - Questão 23.

Durante a aplicação, pode-se notar que a rotatividade dos profissionais na unidade dificulta a resposta de itens que pedem informações retroativas acima de 1 mês:

"Não posso te afirmar, porque não tem 3 meses que eu to aqui." (enf.) - Questão 23.

"No último ano? Aqui a gente vai ter um problema pra te passar. Porque esse corpo de gestão que está aqui, está aqui desde janeiro. Então uma visão do último ano completo pode ficar falho." (eG) - Questão 24.

No entanto, tal inferência pode ser específica deste estudo, por ter sido aplicado em um momento de transição do modelo de atenção da região.

Bloco III.2 – (Organização da Atenção à Saúde – Organização da Assistência):

Respondido pelas Equipes de Gestão, Agente Comunitário de Saúde, profissionais de enfermagem (Enfermeiro e Auxiliar/Técnico) e Médico. O total de respostas para esse bloco foi de 476.

Grande parte deste bloco foi respondido sem dificuldades percebidas ou relatadas, sendo o percentual de respostas sem observações igual a 91,39% (435). Na classe de observações gerais, a categoria “Serviços” obteve um percentual de observações igual a 1,26% (6), seguida da categoria “Infraestrutura e materiais”, com 0,42% (2). A categoria “Não é da minha alçada” não foi pontuada.

A classe “Complemento/Explicação de resposta” representou 3,99% (19) do total de respostas para esse bloco, seguida das classes “Dúvidas”, com 2,31% (11); “Sugestões/críticas/elogios” com 0,63% (3). A classe “Uso/Desuso de termos” não foi pontuada.

Foram identificadas falas quanto às alternativas e ao modo de resposta da questão (selecionar uma única alternativa ou várias):

"É um misto disso aí. Tem paciente que tem hora marcada no início do turno e tem paciente de demanda espontânea. 50% demanda espontânea e 50% hora marcada. Só que a tendência nossa é pra fazer, no futuro, paciente por grupo de hora. Esse é o projeto da secretaria pra ficar assim. Podia ter uma quinta aqui: 'as consultas são parcialmente por agendamento e demanda espontânea.' É o que seria a minha aqui no caso. só que a tendência nossa aqui é fazer atendimento por grupo de hora, mas mesmo assim nós vamos deixar vaga para demanda espontânea." (Med) - Questão 28, Alternativa 1.

"Na verdade aqui a gente atende o paciente com hora marcada e demanda espontânea, aí não tem essa alternativa. E agora a gente tá começando a trabalhar com hora marcada pra cada paciente, então na verdade seriam 2 opções aqui." (Gerente) – Questão 28, Alternativa 1.

"tem que ser dois itens aqui. Acho que é 1 e 4" "nós estamos exatamente na mudança do atendimento pra hora e não por grupo. Só que você pegou exatamente o momento de mudança." (EG) – Questão 28, Alternativa 1.

"É um misto do 1 e do 4, aí eu não sei, porque é uma resposta só. Porque tem metade da agenda que é agendada mesmo e a outra metade demanda espontânea." (ACS) – Questão 28, Alternativa 1.

Na questão 31, o termo “convocação de faltosos” era melhor entendido pelos profissionais como “busca ativa”:

"Eles chamam de busca ativa. Aqui eu não sei como é que funciona, porque a gente está vindo de um outro modelo tradicional. Porque o modelo que é na verdade não tem busca ativa, porque não é por equipe, tinha um especialista, clínico, gineco. Então o ginecologista não vai atrás da grávida, porque não é da

área dela, pode ser de vários lugares aqui. Então atualmente não tem. Mas o processo de mudança vai ser feito." (Méd).

"Convocação de faltosos? Busca ativa, no caso né." (Méd).

"Não entendi essa pergunta." (Sup Enf)

"A busca ativa." (Entrevistador)

"Hum." (Sup enf).

Bloco III.3 (Organização da Atenção à Saúde – Saúde da Mulher): Respondido pelo Agente Comunitário de Saúde, profissionais da enfermagem (Enfermeiro e Auxiliar/Técnico) e Médico. Este bloco totalizou 1.510 respostas.

Grande parte das respostas não obtiveram observações, o que representa 88,68% (1.339). Na classe de observações gerais, todas as categorias foram pontuadas, sendo respectivamente: “Serviços”, com 5,35% (81); “Não é da minha alçada”, com 0,79% (12); “Infraestrutura e matérias” com 0,07% (1).

Já a classe “Complemento/explicação de resposta”, obteve 3,38% (51) de observações em relação ao total de respostas para o bloco, seguida das classes: “Dúvidas”, com 1,32% (20) e “Sugestões/criticas/elogios”, com 0,40% (6). A classe Uso/Desuso de termos não foi pontuada.

Na questão sobre a periodicidade de exames durante a gravidez (Questão 39), mesmo a pergunta indicando apenas um item para cada alternativa, todos os participantes responderam mais de um trimestre para os exames. O que aconteceu também na Questão 36, quanto ao resultado do teste de gravidez.

Bloco III.4 (Organização da Atenção à Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente): Respondido apenas pelo Agente Comunitário de Saúde, totalizando 330 respostas.

A maioria das questões não obteve observações, representando 88,18% (291) do total de respostas para o bloco. Na classe de observações gerais, a categoria “Serviços” obteve 5,15% (17), seguida da categoria “Não é da minha alçada”, com 0,91% (3). As observações quanto aos serviços (17), foram mais pontuadas, respectivamente, nas

subcategorias: “Não faz, mas...” (8), “Não sei” (5), “Faz, mas...” (4). Já a categoria “Infraestrutura e materiais” não foi pontuada nesse bloco.

A classe “Dúvidas” obteve 3,33% (11) de observações, seguida das classes “Complemento/explicação de resposta”, com 1,52% (5) e “Sugestões/críticas/elogios”, representando 0,91% (3). A classe “Uso/desuso de termos” não foi pontuada.

Bloco III.5 (Organização da Atenção à Saúde – Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa): Respondido apenas pelo Agente Comunitário de Saúde, totalizando 507 respostas.

Quanto às respostas, em 85,21% (432) não foram relatadas observações, sendo respondidas sem dificuldades percebidas ou mencionadas. Na classe Observações Gerais, a categoria “Serviços” obteve 4,54% (23), seguida da categoria “Não é da minha alçada”, com 0,79% (4). A categoria de “Infraestrutura e Materiais” não foi pontuada neste bloco.

A classe “Complemento/explicação de resposta” obteve 4,73% (24) de observações em relação ao total de respostas para o bloco. Já a classe “Dúvidas” obteve 3,75% (19), seguida de “Sugestões/críticas/elogios”, com 0,99% (5). A categoria “Uso/Desuso de termos” não foi pontuada.

Bloco III.6 (Organização da Atenção à Saúde – Vigilância em saúde e atenção a agravos de relevância epidemiológica): Respondido apenas pelo Agente Comunitário de Saúde e os profissionais de enfermagem (Enfermeiro e Auxiliar/Técnico), totalizando 1.358 respostas.

A maioria das questões não obteve observações relatadas ou percebidas, representando o percentual de 93,59%. No entanto, em observações gerais, a categoria “Serviços” representou 2,58% de observações em relação ao total de respostas para o bloco, seguida da categoria “Não é da minha alçada”, com 0,88% (12). A categoria “Infraestrutura e Materiais” não foi pontuada nesse bloco.

A classe “Dúvidas” obteve apenas 1,47% (20), seguida da classe “Complemento/Explicação de resposta”, representando 1,10% (15) e “Sugestões/Críticas/Elogios” com 0,37% (5).

Bloco III.7 (Organização da Atenção à Saúde – Saúde Bucal): Respondido pelo Dentista e Técnico de Saúde Bucal, totalizando 126 respostas. Desse total, 85,71% (108) não obtiveram observações.

Na classe de observações gerais, a categoria mais pontuada foi “Infraestrutura e materiais”, com 2,38% (3), seguida da categoria “Serviços”, que representa 0,79% (1). A categoria “Não é da minha alçada” não foi pontuada.

A classe “Complemento/explicação de resposta” representou 6,35% (8) de observações em relação ao total de respostas para o bloco, enquanto a categoria “Dúvidas” obteve 4,76% (6). As classes “Uso/Desuso de termos” e “Sugestões/críticas/elogios” não foram pontuadas.

Bloco IV.1 (Gestão e Gerenciamento Local – Informações, Planejamento e Avaliação em Saúde): Respondido pelas equipes de Gestão, totalizou 224 respostas, das quais 94,20% (211) não obtiveram observações. Na classe de observações gerais, nenhuma categoria foi pontuada.

A classe “Complemento/explicação de resposta” obteve 2,23% (5) de observações em relação ao total de respostas. As classes “Sugestões/críticas/elogios” e “Dúvidas” obtiveram 1,79% (4) cada.

Bloco IV.2 (Gestão e Gerenciamento Local – Características do Processo Gerencial): Respondido pela equipe de gestão, totalizou 416 respostas. Deste total 94,23% (392) não obteve observações relatadas ou percebidas.

Na classe de observações Gerais, a categoria “Serviços” obteve 0,96% (4) de observações em relação ao total de respostas do bloco, no entanto, as categorias “Não é da minha alçada” e “Infraestrutura e Materiais” não foi pontuada.

A classe “Complemento/explicação de resposta” obteve 1,92% (8). Já as classes “Sugestões/críticas/elogios” e “Dúvidas”, obtiveram o mesmo percentual de 1,44% (6) cada uma. A classe “Uso/Desuso de Termos” não foi pontuada.

Em relação à análise total do instrumento, a maior parte do questionário não obteve observações, representando 90.06% (5.892) das respostas do instrumento. A classe "Sem Observações" obteve percentuais acima de 90% em relação ao total de resposta em 5 blocos, conforme o Quadro 4. Essa constatação pode ser atribuída ao fato do instrumento ter passado por etapas de validação de construto e confiabilidade (ZARILI, 2015). O maior percentual na classe "Sem observações" foi encontrado no Bloco 4.2, já o menor no Bloco 3.5. Sendo assim, o presente trabalho pode colaborar, a partir da visão dos trabalhadores de ponta, para o aperfeiçoamento de um instrumento significativamente compreensível.

A categoria "Não é da minha alçada" representou 0,78% (51) do total de respostas ao instrumento. Na categoria "Não é da minha alçada" o maior percentual foi encontrado no Bloco 1, no entanto, os blocos 3.1, 3.2, 3.7, 4.1 e 4.2 não foram pontuados. Tal categoria foi entendida como uma das limitações do estudo, pois as questões não foram aplicadas a todos os profissionais, sendo os blocos específicos aplicados a áreas profissionais escolhidas pela pesquisadora de acordo com o tema do bloco, havendo questões que não representavam a rotina do profissional, apesar de serem relacionadas aos serviços prestados pela unidade.

Na categoria "Infraestrutura e materiais", foram identificadas 0,14% (9) do total de respostas ao questionário. O maior percentual nessa categoria ocorreu no bloco 3.7, no entanto, apenas outros 3 blocos foram pontuados nessa categoria (bloco 2, 3.2, 3.3). Essa categoria englobou falas que diziam respeito a dificuldades ou deficiência de recursos materiais e na infraestrutura da unidade, sendo estas por parte da secretaria ou não. Através da análise das falas, foi possível perceber que as resoluções de algumas das dificuldades relatadas dependiam da tomada de decisão em outros níveis, que não são do alcance das equipes de gestão locais.

A categoria "Serviços" representa 3,62% (237) do total de respostas do questionário. O maior percentual foi encontrado no bloco 3.3, o bloco 4.1 não foi pontuado nessa categoria. Englobou falas do tipo: "Não sei", quando os profissionais alegavam não

saber responder tal pergunta, porém não indicavam que seria da área de outro profissional ou que seria devido a dificuldades de compreensão dos itens; "Não faz/Não tem", quando os profissionais reafirmavam sua negativa para o serviço; "Faz mas.../Tem mas...", quando os profissionais alegavam que a unidade prestava o serviço, porém não na condição ou frequência ideal; e "Não lembro", quando os profissionais alegavam saber quanto ao serviço, porém não lembravam de imediato se o procedimento estava disponível na unidade.

A categoria "Dúvidas" foi a terceira categoria de observações mais pontuada, com 2,11% (138) do total de respostas do instrumento. O maior percentual ocorreu no bloco 3.7, já o menor, no bloco 3.3. Nessa categoria foram observadas falas quanto ao modelo de organização, pois os profissionais questionavam se a pergunta se referia ao modelo tradicional, entendido como os serviços/profissionais do posto, ou ao modelo ESF, entendido como as equipes de saúde da família e ações realizadas por esses profissionais; quanto ao contexto da pergunta, se estaria se referindo a nível individual ou em grupo; e dúvidas gerais, às quais incluíam dificuldades de interpretação/compreensão da pergunta, não conhecimento da definição de termos utilizados no instrumento, entre outros questionamentos e dificuldades que surgiram durante a aplicação.

A categoria de "Uso/Desuso de termos" obteve apenas 1 observação ao longo do questionário, no bloco 2, o que corresponde a 0,02% (1). Nessa categoria apenas o bloco 2 foi pontuado, no entanto, na categoria "Dúvidas" também foram encontradas observações quanto a definição/incompreensão de termos utilizados nas questões, não sendo enquadrados na categoria "Uso/desuso de termos" pois esta referia-se exclusivamente a termos que foram substituídos, ou que não eram equivalentes para a região do DF. Sendo assim, a única observação incluída nesta categoria foi quanto ao termo Pessoa Com Deficiência:

"Na verdade é PNE, né? Não é mais PCD. (eg) - Questão 16, Alternativa 4.

A hipótese do presente trabalho era de que surgiriam importantes questionamentos quanto a termos utilizados especificamente para municípios, como: "Secretarias do Município", "consórcio intermunicipal", "COSEMS", entre outros. No entanto, não houve dificuldades ou observações em nenhum momento quanto a esses termos, indicando que

o questionário está adequado a realidade local do DF, não necessitando de alterações quanto a isso.

Já a categoria "Sugestões/Críticas/Elogios" obteve 0,54% (35) do total de respostas do instrumento. O maior percentual ocorreu no bloco 4.1, enquanto o bloco 3.7 não foi pontuado. Nesta, incluiu-se sugestões de itens e reescrita de enunciados, críticas quanto ao modo de resposta de algumas questões e extensão do questionário e elogios quanto ao instrumento.

A categoria "Complemento/Explicação de Resposta" representou 2,74% (179) do total de resposta do instrumento. Nessa categoria o maior percentual foi encontrado no bloco 3.7, já o menor ocorreu no bloco 3.6. Incluiu-se as falas que retratava o cenário/contexto das respostas dos profissionais, ou informações adicionais quanto ao serviço questionado.

Quadro 4. Percentuais totais da aplicação								
<u>Bloco/ Categoria</u>	SEM observações	OBSERVAÇÕES						
		Não é da minha alçada	Infraestrutura e materiais	Serviços	Dúvidas	Uso/ desuso de termos	Sugestões/ Críticas/ Elogios	Complemento/ Explicação de resposta
Bloco 1	87,50%	2,32%	0,00%	3,75%	2,50%	0,00%	0,18%	3,75%
Bloco 2	90,14%	0,97%	0,42%	5,14%	1,81%	0,14%	0,14%	1,25%
Bloco 3.1	86,98%	0,00%	0,00%	3,81%	4,44%	0,00%	0,32%	4,44%
Bloco 3.2	91,39%	0,00%	0,42%	1,26%	2,31%	0,00%	0,63%	3,99%
Bloco 3.3	88,68%	0,79%	0,07%	5,36%	1,32%	0,00%	0,40%	3,38%
Bloco 3.4	88,18%	0,91%	0,00%	5,15%	3,33%	0,00%	0,91%	1,52%
Bloco 3.5	85,21%	0,79%	0,00%	4,54%	3,75%	0,00%	0,99%	4,73%
Bloco 3.6	93,59%	0,88%	0,00%	2,58%	1,47%	0,00%	0,37%	1,10%
Bloco 3.7	85,71%	0,00%	2,38%	0,79%	4,76%	0,00%	0,00%	6,35%
Bloco 4.1	94,20%	0,00%	0,00%	0,00%	1,79%	0,00%	1,79%	2,23%
Bloco 4.2	94,23%	0,00%	0,00%	0,96%	1,44%	0,00%	1,44%	1,92%
Total de respostas em todo o questionário	90,06%	0,78%	0,14%	3,62%	2,11%	0,02%	0,54%	2,74%

Durante toda a aplicação do instrumento, houve falas quanto aos modelos de organização, podendo notar a diferenciação que os profissionais fazem entre ESF e tradicional, por exemplo:

"Você sabe que se o questionário é pra atenção básica tinha que se fazer para o PSF porque a gente é do posto." (A. ENF.) - Questão 18. Alternativa 13.

7 Considerações Finais

Esta pesquisa buscava realizar a validação semântica do instrumento a partir da visão dos profissionais; Adaptar, quando necessário, o instrumento QualiAB para a estrutura administrativa do DF, organizada por Regiões Administrativas e não por municípios e; Comparar os principais métodos e programas avaliativos utilizados no Brasil.

Em relação ao primeiro objetivo, os resultados mostram que o questionário QualiAB mostrou-se compreensível pelos profissionais em sua maior parte (90,06%). No entanto, os ruídos de compreensão – que representam 9,94% - podem ser importantes para o aprimoramento do instrumento e, nesse sentido, serão comunicados à equipe QualiAB, criadora do instrumento. O diferencial deste trabalho está na validação a partir dos profissionais, ou seja, em ouvir os “da ponta”. De maneira, um pouco diferente, dos testes de confiabilidade e consistência utilizados por Zarili (2015).

A respeito do segundo objetivo: durante a análise por parte da DIRAPS/Região Oeste/DF e nas aplicações aos profissionais, não houve sugestões de reescrita e adaptação de termos para a especificidade do DF. As observações no sentido de termos e adaptação foram no sentido geral, ou seja, apenas para a melhor compreensão da questão, sem modificações necessárias ou relatadas específicas para o DF. Os profissionais não mostraram estranheza quanto aos termos identificados previamente, que foram encaminhados como sugestões de modificações para a DIRAPS/Região Oeste/DF. Tal fato pode significar que esta parte da pesquisa precise de um aprimoramento metodológico para captar uma eventual necessidade de adaptar o instrumento.

O terceiro objetivo abrangeu os principais métodos avaliativos utilizados no Brasil, podendo contribuir para futuros estudos nesse sentido. Percebe-se que a variedade de

iniciativas e instrumentos voltados para a avaliação em saúde não deve ser vista como uma “competição” para se eleger o melhor, pois cada um tem o seu potencial, porém sozinhos podem não ser tão eficazes:

“a multiplicidade das avaliações, com focos, estratégias e instrumentos diversificados, traz maior riqueza às análises, pois permite comparações e complementaridades que ampliam a visibilidade do sistema e fortalecem a implementação de uma cultura avaliativa nos serviços” (CASTANHEIRA et al, 2015, pág 222-223).

Sendo assim, percebe-se uma possível complementariedade entre tais iniciativas, que se colocadas em prática de maneira complementar podem desencadear melhores resultados quanto a avaliação da saúde como um todo, considerando a aplicação conjunta, ou até mesmo a fusão com outros instrumentos que envolvam os vários atores da área da saúde. Porém, a avaliação precisa ser um processo contínuo, como também as informações geradas por ela devem ser usadas como subsídios para a tomada de decisão, tanto no nível micro (local) como no macro (estadual ou federal).

8 Referências

1. ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L. Assessment of Primary Health care in Brazil: mapping and analysis of research conducted and/or financed by the Ministry of Health from 2000 to 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.
2. ANDRADE, M. C.; CASTANHEIRA, E. R. L. Resultado do Relatório Geral. **Avaliação e monitoramento dos serviços de atenção básica do Estado de São Paulo – QualiAB 2010** [online]. 2015. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/atenbasica/Vis%C3%A3o_geral_do_projeto.pdf>. Acesso em: dezembro de 2015.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 108p.
4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da**

Família: Guia de Implantação Municipal AMQ. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

5. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:** primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80p.
6. _____, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 20 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: agosto de 2016.
7. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ.** Brasília, Ministério da Saúde, 2012.
8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 129p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: agosto de 2016.
9. _____, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 05 out. 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/10/2015&jornal=1&pagina=668&totalArquivos=908>>. Acesso em: agosto de 2016.
10. _____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES - DF). Programas.

Brasília Saudável: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal [online]. Brasília, jun. 2016. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/images/Programas/Brasilia_Saudavel/BRASILIA_SAUD_AVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf>. Acesso em: setembro de 2016.

11. BARROS, J. F. B. **O processo de avaliação e monitoramento das políticas públicas de saúde:** o caso da PNAB. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Saúde Coletiva, UNB – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. 44f.
12. CALVO, M. C. M. et al. **Avaliação da qualidade em saúde:** proposta de modelo para gestão da atenção básica. Belo Horizonte, 2013.
13. CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 935–947, 2011.
14. CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679–691, out./dez. 2014.
15. CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa?. In: AKERMAN, M; FURTADO, J. P. et al. (orgs). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil:** diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2015, p.185-231.
16. CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, A. P; HARTZ, Z. (orgs). **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. cap.2, p. 41-60.
17. COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) - Ceilândia.** Brasília, set. 2013. 66p. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon>

%C3%B4micas/PDAD/2013/Ceil%C3%A2ndia-PDAD%202013.pdf>. Acesso em: agosto de 2016.

18. CONTANDRIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. cap.2, p.29-47. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf>>. Acesso em: novembro de 2016.
19. CRUZ, M. M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 124-139, out. 2014.
20. DONABEDIAN, A. The Criteria and Standards of Quality. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Vol. II. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1982.
21. DONABEDIAN, A. **Twenty years of research on quality of medical care: 1965-1984**. Evaluation Health Professions Journal, v. 8, p. 243-65, 1985.
22. DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bul**, 1992.
23. DISTRITO FEDERAL (DF). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília-DF, 15 fev. 2017a. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf>. Acesso em: fevereiro de 2017.
24. DISTRITO FEDERAL (DF). Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília-DF, 15 fev. 2017b. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-

02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf>. Acesso em: fevereiro de 2017.

25. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Painel de Adesões**. 2016 [online]. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pmaq_relatorio/relatorio/adesaopmaq>. Acesso em agosto de 2016.

26. FONSECA, G. N. S. **O projeto AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade) como instrumento de gestão para a mudança do processo de trabalho**. Belo Horizonte, 2010. 32f. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2394.pdf>>. Acesso em: setembro de 2016.

27. GARCIA, R. C. Subsídios pra organizar avaliações da ação governamental. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, nº 776, janeiro, 2001.

28. GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. In: GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. Cap. 4, p. 44-45.

29. GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1988.

30. HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 156, p. 1-7, 2006.

31. HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para Serviços de Saúde Infantil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1649-1659, 2006.

32. JANNUZZI, P. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília: Departamento de Administração do Serviço Público, v. 56, n. 2, abr./jun. 2005.

33. KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 343-355, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: fevereiro de 2017.
34. MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. da. **Pesquisa em saúde pública**: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados. 1. ed. Curitiba: Appris, 2015. 112p.
35. NASSER, M. A. **Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo**. 2015. 257f. Tese (Doutor em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo.
36. NEMES, M. I. B. **Avaliação em saúde**: questões para os programas DST/AIDS no Brasil. Coleção ABIA, Fundamentos de Avaliação, Rio de Janeiro, n. 1, 2001. Disponível em: <www.abiaids.com.br>. Acesso em: setembro de 2016.
37. OPAS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Brasil: **Organização Panamericana de Saúde**, 2005.
38. PINTO, A. M. R. O Fetichismo da Avaliação. Fundação João Pinheiro. Análise e Conjuntura. Belo Horizonte: v. 1, n. 2, mai./ago. 1986.
39. PORTAL DA SAÚDE. **DAB lança o sistema eletrônico da AMAQ**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2088>. Acesso em: novembro de 2016.
40. RODRIGUES, A. V. D. et al. Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 167–174, 2012.
41. SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 175p.

42. SAMOTO, A. K. **Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP**. 2013. 153f. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva) - Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo.
43. SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 765-774, 2012.
44. SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: setembro de 2016.
45. STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.
46. STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Consistência interna e Confiabilidade da Versão em Português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para Serviços de Saúde Infantil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1649-1659, 2006.
47. TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. 1.ed. São Paulo: Edusp, 2001. 83p.
48. TANAKA, O. Y.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. do. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 325-332, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: novembro de 2017.
49. TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

50. ZARILI, T. F. T. **Avaliação de serviços de atenção básica:** atualização e validação do instrumento QualiAB. 2015. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

9 Anexos

Anexo I – Questionário QualiAB 2016 versão original:

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA QUALIAB

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO

1. Esta Unidade se caracteriza por ser:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” *
- 3) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 4) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Equipe de Saúde da Família (ESF)
- 5) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” ou Unidade de Saúde da Família (USF) **integrada à** Unidade de Pronto Atendimento (PA)
- 6) Posto Avançado de Saúde - Unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)
- 7) Outra. Especificar: _____

***Unidade Básica de Saúde “Tradicional” = Unidades Básicas sem Saúde da Família**

2. A instituição que assume a gestão administrativa do serviço é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde
- 2) Fundação ou Organização Social

- 3) Secretaria de Estado da Saúde
- 4) Universidade pública
- 5) Universidade privada
- 6) Ministério da Saúde
- 7) Consórcio intermunicipal
- 8) Outros - especifique: _____

3. Localização geográfica da Unidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Rural
- 2) Urbana - Central
- 3) Urbana - Periférica

4. No território de atuação desta Unidade existe a presença de grupos populacionais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Indígenas
- 2) Quilombolas
- 3) Populações ribeirinhas
- 4) Ciganos e nômades urbanos
- 5) Acampados e assentados
- 6) Trabalhadores sazonais e volantes
- 7) Pessoas em situação de rua
- 8) Profissionais do sexo
- 9) Moradores de abrigos, albergues
- 10) Encarcerados
- 11) Imigrantes
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não ocorre a presença dessas populações no território

5. Quais os períodos de funcionamento da Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Todas as manhãs de segunda a sexta
- 2) Todas as tardes de segunda a sexta
- 3) Todas as noites de segunda a sexta
- 4) Algumas manhãs durante a semana
- 5) Algumas tardes durante a semana
- 6) Algumas noites durante a semana
- 7) Finais de semana
- 8) 24 horas

6. A Unidade possui equipe de saúde da família:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim. Número de equipes: _____
- 2) Não

7. Número de profissionais fixos e volantes na Unidade por categoria:

(na ausência de algum profissional é obrigatório digitar zero)

Profissional	Nº de profissionais FIXOS na unidade (Presença diária no serviço)	Nº de profissionais VOLANTES (Atende alguns períodos)
1) Médico de família		
2) Médico clínico geral		
3) Médico pediatra		
4) Médico ginecologista		
5) Médico psiquiatra		
6) Médicos de outras especialidades		
7) Enfermeiro		
8) Dentista		
9) Psicólogo		
10) Terapeuta Ocupacional		
11) Assistente Social		
12) Nutricionista		
13) Fonoaudiólogo		
14) Fisioterapeuta		
15) Farmacêutico		
16) Agente Comunitário de Saúde		
17) Auxiliar de enfermagem		

18) Técnico de enfermagem		
19) Auxiliar de cirurgião dentista		
20) Técnico de higiene dentária		
21) Auxiliar de farmácia		
22) Recepcionista		
23) Auxiliar administrativo		
24) Auxiliar de serviços gerais		
25) Vigia		
26) Motorista		
27) Outros - especifique:		

8. Esta Unidade recebeu profissionais dos seguintes programas, no último ano:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Mais médico
- 2) Provac médico
- 3) Provac enfermeiro
- 4) Provac dentista
- 5) Outros - especifique: _____
- 6) Não recebeu profissionais de nenhum programa de apoio

9. As ações de rotina realizadas pelos seguintes PROFISSIONAIS são:

Selecione um item para cada alternativa

	Não possui esse profissional	Recepção de casos não agendados	Promoção e educação em saúde	Visita domiciliar	Atendimento individual	Grupos	Participação reuniões de equipe	Avaliação de faltosos	Registro em prontuário	Atividades na comunidade	Outras
1 - Médico de Família											
2 - Médico Clínico Geral											
3 - Médico Pediatra											
4 - Médico Ginecologista											
5 - Enfermeiro											
6 - Auxiliar/técnico de enfermagem											
7 - Dentista											
8 - Auxiliar/Técnico consultório dentário											
9 - Farmacêutico											
10 - Outros											

10. Entre as ações de rotina realizadas pelo AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE pode-se destacar:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atividades de educação em saúde
- 2) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 3) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 4) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 5) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 6) Identificação e orientação de usuários acamados
- 7) Identificação de situações de violência
- 8) Captação de gestantes para inscrição no Pré Natal
- 9) Captação de crianças menores de um ano
- 10) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 11) Busca ativa para vacinação
- 12) Busca ativa de pessoas com hipertensão e diabetes

- 13) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- 14) Distribuição de preservativos
- 15) Participação em reuniões de equipe
- 16) Outros - especifique: _____
- 17) Esse serviço não dispõe desse profissional

11. A rede municipal ou regional oferece para a Unidade o acesso aos seguintes serviços:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão
- 3) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
- 4) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
- 5) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
- 6) Serviços de atenção ao idoso
- 7) Serviços de atenção à criança
- 8) Serviços de atenção à mulher
- 9) Serviços de referência em Tuberculose
- 10) Serviços de referência em DST, aids e hepatites virais
- 11) Ambulatórios de especialidades
- 12) AME (Ambulatório Médico de Especialidades)
- 13) CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)
- 14) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
- 15) ONG (Organização Não Governamental)
- 16) Ações comunitárias ligadas grupos religiosos
- 17) Outros - especifique: _____
- 18) Não tem acesso a serviços de apoio

12. O apoio técnico à equipe da Unidade é feito por:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipe multiprofissional externa ao serviço

- 3) Outro tipo de apoio (por exemplo, apoiador do estado, do COSEMS, Telessaúde, outros)
- 4) Não é realizado por nenhuma instância

13. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em SERVIÇOS DE REFERÊNCIA para as seguintes especialidades é:

Selecione um item para cada alternativa

ESPECIALIDADES	Tempo de espera						
	<1 mês	Até 2 meses	Até 4 Meses	Até 6 meses	1 ano ou mais	Não Sabe	Não encaminha
1) Oftalmologia							
2) Otorrinolaringologia							
3) Ortopedia							
4) Gastroenterologia							
5) Cardiologia							
6) Neurologia							
7) Psiquiatria							
8) Geriatria							
9) Fisioterapia							
10) Psicologia							

14. Em relação ao número de consultas médicas realizadas NO ÚLTMO MÊS (considerando todas as faixas etárias e todas as especialidades) informe:

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

- 1) Total de CONSULTAS MÉDICAS realizadas: _____
- 2) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram por AGENDAMENTO:

- 3) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram “EXTRAS” (não agendadas):

- 4) Dados não disponíveis

15. Em relação à população da área de abrangência da Unidade, informe:

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): _____
- 2) O número aproximado de famílias: _____
- 3) Dados não disponíveis

II. RECURSOS MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E INSUMOS BÁSICOS

16. Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a Unidade possui:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
- 2) Acesso à pessoas com deficiências
- 3) Ventilação e iluminação adequadas
- 4) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
- 5) Banheiro dentro do consultório ginecológico
- 6) Sala de espera
- 7) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
- 8) Sala de vacina
- 9) Sala de Curativo
- 10) Sala de esterilização de material
- 11) Sala para realização de atividades educativas e grupos
- 12) Consultório dentário
- 13) Gerador de energia

17. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cadeira de rodas
- 2) Geladeira exclusiva para vacinas
- 3) Mesa para exame ginecológico
- 4) Equipamentos odontológicos
- 5) Carrinho de emergência
- 6) Desfibrilador
- 7) Cilindro de oxigênio
- 8) Oxímetro

- 9) Nebulizador (Aparelho para inalação)
- 10) Acesso à Internet
- 11) Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados
- 12) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
- 13) Veículo para uso da Unidade

18. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Vacinação
- 2) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
- 3) Pequenas suturas
- 4) Retirada de pontos
- 5) Hidratação por via venosa
- 6) Aplicação de tratamento endovenoso
- 7) Aplicação de tratamento intramuscular
- 8) Troca de sonda vesical de demora
- 9) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
- 10) Profilaxia pós exposição (PEP)
- 11) Curativo de úlceras agudas e crônicas
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realiza nenhum procedimento

19. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) BCG
- 2) Hepatite B
- 3) Hepatite A
- 4) Poliomielite/ vacina oral de pólio/vop
- 5) Pólio Inativada/ vacina inativada de pólio/VIP
- 6) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
- 7) DTP (Tríplice Bacteriana)
- 8) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)

- 9) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
- 10) dT (dupla adulto)
- 11) dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular)
- 12) Rotavírus Humano
- 13) Febre Amarela
- 14) Anti-rábica
- 15) Influenza
- 16) P10 (Pneumocócica 10)
- 17) Pneumocócica 23 valente
- 18) Meningocócica C
- 19) Vacina contra HPV
- 20) Não realiza vacinação

20. Exames feitos e/ou colhidos na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Coleta de Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
- 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 3) Teste de gravidez na urina
- 4) Teste rápido para HIV
- 5) Teste rápido para sífilis
- 6) Teste rápido para hepatites virais
- 7) Teste rápido de proteinúria
- 8) Eletrocardiograma (ECG)
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) Não realiza nenhum exame

21. Os resultados dos exames são avaliados:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento
- 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
- 3) Quando os resultados chegam na Unidade
- 4) Não são avaliados

22. Em relação ao ACESSO AOS MEDICAMENTOS previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) para Atenção Básica, pode-se afirmar que:

Selecione um item para cada alternativa

Grupo de Medicamentos	Frequência do Acesso			
	Regular	Falta Eventual	Falta frequente	Não dispensa esse grupo de medicamentos
1) Para DST				
2) Para diabetes				
3) Para hipertensão arterial				
4) Para dislipidemias				
5) Antibióticos mais utilizados				
6) Psicofármacos (medicamentos usados na atenção à Saúde Mental)				
7) Não dispensa medicamentos				

23. Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pílula (anticoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)
- 4) Preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência)
- 7) Encaminhamento para laqueadura
- 8) Encaminhamento para vasectomia
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) Nenhum

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

III 1. Educação em saúde

24. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS"), no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestação na adolescência
- 2) Planejamento reprodutivo
- 3) Educação alimentar
- 4) Atividades físicas
- 5) Qualidade de vida e envelhecimento saudável
- 6) Violência (doméstica, sexual, relativas a crianças e idosos, outros)
- 7) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 8) Prevenção de DST e aids
- 9) Tabagismo
- 10) Saúde bucal
- 11) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 12) Controle da proliferação de vetores (de doenças como dengue, leishmaniose, malária, outros)
- 13) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 14) Outras Qual (is): _____
- 15) Não foi realizada nenhuma atividade nesse período

25. As estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS") são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
- 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
- 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, creche, associação de moradores e outros)
- 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade

6) Atividades articuladas com outras Secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outros)

7) Outras - especifique: _____

8) Não realiza atividades na comunidade

26. As ações de educação em saúde desenvolvidas NA UNIDADE, no último ano, abordaram os seguintes temas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) DST e aids
- 3) Tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Crescimento e desenvolvimento infantil
- 7) Climatério e menopausa
- 8) Doenças crônicas, como HA e/ou DM
- 9) Obesidade e/ou desnutrição
- 10) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, outros)
- 11) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 12) Tabagismo
- 13) Outras - especifique: _____
- 14) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

27. As estratégias de educação em saúde realizadas NA UNIDADE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HAS, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
- 3) Realização de grupos relativos a ações programadas (Pré Natal, hipertensão e diabetes, outros)
- 4) Atividades em sala de espera
- 5) Atividades em grupo que abordem outros temas

- 6) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
- 7) Outras Quais: _____
- 8) Não realiza atividades de educação em saúde

III. 2. Organização do Assistência

28. As CONSULTAS MÉDICAS são agendadas:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Com hora marcada para cada paciente
- 2) Para grupo de pacientes por hora
- 3) Para todos os pacientes no início do turno
- 4) As consultas não são agendadas, trabalhamos somente com demanda espontânea

29. O fluxo de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (pacientes “extras” ou demanda espontânea) regularmente é definido a partir do seguinte processo:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
- 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
- 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco
- 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
- 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
- 6) Outras - especifique: _____
- 7) Não atende demanda espontânea

30. As opções de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS ("extras" ou "demanda espontânea") são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
- 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
- 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
- 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
- 5) Agendamento para atendimento em grupo
- 6) Encaminhamento para o pronto-socorro
- 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
- 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
- 9) Não atende pacientes não agendados

31. A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Revisão pós-parto/puerpério
- 3) Recém-nascidos
- 4) Recém-nascidos de risco
- 5) Crianças em seguimento acima de dois anos
- 6) Crianças até dois anos
- 7) Crianças de risco (desnutrição e outros)
- 8) Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
- 9) Adultos com doenças crônicas (HAS e DM) com risco de complicações
- 10) Vacinação
- 11) Tuberculose, hanseníase e HIV/aids
- 12) Sífilis
- 13) Outras condições de risco ou vulnerabilidade. Quais: _____
- 14) Não se faz convocação de faltosos

III. 3. Saúde da Mulher

32. As ações regularmente desenvolvidas para a SAÚDE DA MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pré Natal
- 2) Coleta de citologia oncológica (Papanicolaou)
- 3) Planejamento reprodutivo
- 4) Prevenção e diagnóstico de DST, HIV e Hepatites Virais
- 5) Diagnóstico e Tratamento de DST
- 6) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
- 7) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
- 8) Detecção precoce de câncer de mama
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) O serviço não desenvolve ações para a Saúde da Mulher

33. A coleta de rotina do exame de Papanicolaou (citologia oncológica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é realizada nas seguintes situações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
- 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na Unidade
- 3) Uma ou mais vezes ao ano para mulheres com citologia alterada
- 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
- 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de Papanicolaou
- 6) Serviço não realiza esse exame

34. Como estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama, a unidade realiza

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Exame clínico de mamas sempre que há queixas da paciente em relação à mama
- 2) Capacitação dos médicos para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 3) Capacitação dos enfermeiros para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 4) Orientação das usuárias para autopalpação sem técnica específica e sobre sinais de alerta

- 5) Discussão em fóruns na comunidade e campanhas sobre sinais de câncer de mama
- 6) Não realiza nenhuma atividade relativa ao diagnóstico precoce do câncer de mama

35. A solicitação de MAMOGRAFIA de rotina para usuárias sem queixas é feita:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Para todas as pacientes que solicitem exame
- 2) Para todas as pacientes com risco elevado de câncer, quando indicado a partir de avaliação clínica individualizada
- 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais
- 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
- 5) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- 6) Esse exame não é solicitado

36. Quando o resultado do TESTE DE GRAVIDEZ é comunicado para a paciente, a equipe:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Informa o resultado (negativo ou positivo)
- 2) Informa o resultado (negativo ou positivo) e faz o agendamento do Pré Natal, se for o caso
- 3) Informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados pré conceptivos ou contracepção, a depender do caso
- 4) Considera se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
- 5) Os resultados são entregues em outros serviços, onde é realizado o exame
- 6) Esse teste não é solicitado pela Unidade

37. A proporção média de gestantes com início do Pré Natal no 1º TRIMESTRE é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 90% ou mais
- 2) Entre 90% e 80%
- 3) Entre 80% e 60%

- 4) Menos de 60%
- 5) A Unidade não dispõe destas informações
- 6) Não realiza o Pré Natal

38. Na atenção ao Pré natal de baixo risco quais das seguintes ações são realizados de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) O primeiro atendimento é feito por profissional de enfermagem no mesmo dia do teste positivo para gravidez
- 2) registro de dados clínico obstétrico na carteira da gestante – que fica com a usuária
- 3) 6 consultas ou mais durante o pré natal
- 4) consultas semanais entre no último mês de gestação (36^a a 41^a semanas)
- 5) prescrição de suplementação de sulfato ferroso a partir de 20 semanas
- 6) Não realiza o Pré Natal

39. Os EXAMES SOLICITADOS de rotina para **todas** as gestantes durante o PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO são:

Selecione um item para cada alternativa

EXAMES	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
1) Hemograma completo ou Eritrograma (Hb e Ht)			
2) Urina I			
3) Urocultura			
4) Teste rápido de proteinúria			
5) Tipagem sanguínea e fator Rh			
6) Coombs indireto caso Rh negativo			
7) Teste rápido ou sorologia para sífilis			
8) Teste rápido ou sorologia para HIV			
9) Sorologia para Rubéola			
10) Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)			
11) Sorologia para hepatite B (HbsAg)			
12) Sorologia para hepatite C			
13) Glicemia de jejum			
14) Teste de intolerância à glicose			
15) Ultra-Som obstétrico			
16) Papanicolaou (colpocitologia oncológica) se indicado			
17) Bacterioscopia da secreção vaginal			
18) Outros. Quais _____			
20) Não realiza o Pré Natal			

40. As ações regularmente desenvolvidas no atendimento de PRÉ NATAL abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- 2) Vacinação (tétano e hepatite B)
- 3) Identificação das gestantes de alto risco
- 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- 5) Orientações sobre o parto normal e humanizado
- 6) Orientações e incentivo ao aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar
- 7) Avaliação das condições de trabalho
- 8) Prevenção de transmissão vertical de DST (sífilis e HIV)
- 9) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- 10) Realização de grupos educativos para gestantes
- 11) Pré Natal do parceiro(a)

- 12) Registro em prontuário, Cartão da Gestante e Ficha Pré-Natal
- 13) Outros - especifique: _____
- 14) Não realiza o Pré Natal

41. As atividades realizadas de rotina no atendimento de PRÉ NATAL em áreas endêmicas para **MALÁRIA** são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação das gestantes sobre os sintomas para busca precoce do diagnóstico de Malária
- 2) Realização do exame da gota espessa em toda consulta Pré Natal e no momento do parto
- 3) Encaminhamento da lâmina para exame da gota espessa e realização do teste rápido)
- Dispensação de tratamento e acompanhamento da adesão
- 5) Registro de todos os exames no Sivep-Malária e preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 6) O serviço não está localizado em área endêmica de Malária

42. As estratégias de educação em saúde DIRECIONADAS ÀS GESTANTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cartazes na sala de espera
- 2) Distribuição de folder e panfletos educativos
- 3) Discussões na sala de espera
- 4) Grupos periódicos para gestantes
- 5) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
- 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
- 7) Não realizamos atividades educativas com gestantes

43. No caso de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, a gestante é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência, retornando à Unidade após o parto

- 2) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na Unidade
- 3) Acompanhada na própria Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

44. Nos casos de GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
- 2) Na Unidade somente para gestante
- 3) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
- 4) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
- 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade
- 6) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

45. Nos casos de GESTANTE COM HIV POSITIVO, o Pré Natal é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Somente na Unidade
- 2) Somente em serviço de referência
- 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

46. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de PUERPÉRIO IMEDIATO (até 10 dias após o parto) na Unidade abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Evolução da gestação, histórico e intercorrências pós parto
- 2) Aleitamento materno
- 3) Suplementação de Ferro
- 4) Condições psicoemocionais (preocupações, desânimo)
- 5) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho)
- 6) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos

- 7) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, exames, outros)
- 8) Orientações sobre alimentação
- 9) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
- 10) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 11) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
- 12) Outras - especifique: _____
- 13) A Unidade não realiza de rotina consulta de puerpério imediato

47. As ações regularmente desenvolvidas nas consultas de PUERPÉRIO TARDIO (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na Unidade
- 2) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
- 3) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
- 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento
- 6) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 8) A Unidade não realiza, de rotina, consulta de puerpério tardio

48. Entre as gestantes que realizaram Pré Natal nessa Unidade, nos últimos três anos, houve algum caso de SÍFILIS CONGÊNITA?

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sabe informar por não possuir os dados
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

49. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Livre declaração da mulher
- 4) Discussão de caso em equipe
- 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 6) Não sabe informar
- 7) Não temos esse tipo de demanda
- 8) Não atende essa demanda específica

50. Em caso de detecção da VIOÊNCIA CONTRA MULHER são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
- 2) Denúncia à autoridade policial
- 3) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 4) Acompanhamento multiprofissional da Unidade
- 5) Acompanhamento em grupo
- 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
- 7) Encaminhamento para serviço de referência
- 8) Denuncia ao DISQUE 180
- 9) Outro. Qual (is): _____
- 10) Não sabe informar
- 11) Não temos esse tipo de demanda
- 12) Não atende a essa demanda específica

III.4. Saúde da Criança e do Adolescente

51. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS compreendem:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do crescimento
- 2) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- 3) Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros)
- 4) Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)
- 5) Identificação de distúrbios do desenvolvimento (genéticos, biológicos, sócio familiares)
- 6) Diagnóstico e acompanhamento dos agravos mais frequentes (IRA, gastroenterites, outros)
- 7) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 8) Grupo com mães/pais
- 9) Vigilância do trabalho infantil
- 10) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
- 11) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
- 12) Orientações para prevenção de acidentes domésticos
- 13) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, outros)
- 14) Registro do seguimento na caderneta da criança
- 15) Registro em espelho (cópia) da caderneta da criança no prontuário
- 16) Outras Quais: _____
- 17) Não realiza atividades planejadas para crianças

52. O atendimento de rotina da CRIANÇA é realizado de acordo com:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Calendário programado de consultas somente no primeiro ano de vida, além de atendimentos eventuais não agendados
- 2) Calendário programado de consultas até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 3) Calendário programado de consultas de um até 10 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 4) Somente a partir de demanda do(s) responsável(is)
- 5) Não atende crianças

53. O PRIMEIRO ATENDIMENTO de um recém-nascido (RN) na Unidade é agendado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
- 2) Pela maternidade, na alta, pós parto
- 3) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
- 4) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
- 5) Na última consulta de Pré Natal
- 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
- 7) Não trabalhamos com agendamento
- 8) Não atende crianças

54. As ações realizadas pela Unidade em INSTITUIÇÕES PARA CRIANÇAS (creches, escolas e outras) são relativas à:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
- 2) Vacinação
- 3) Higiene pessoal e bucal
- 4) Avaliação de acuidade visual
- 5) Avaliação de acuidade auditiva
- 6) Dispensação anual de anti-helmíntico (albendazol)
- 7) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
- 8) Prevenção de acidentes domésticos
- 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
- 10) Inclusão social e combate ao preconceito
- 11) Trabalho infantil
- 12) Sexualidade e educação sexual
- 13) Prostituição infantil
- 14) Saúde e meio ambiente
- 15) Posse responsável de animais
- 16) Outros - especifique: _____
- 17) Não realiza atividades regulares em creches e escolas

55. As ações regularmente desenvolvidas na COMUNIDADE para SAÚDE DA CRIANÇA ocorrem nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Domicílio
- 2) Creche, escolas, outros
- 3) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
- 4) Reuniões em parceria com CRAS (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
- 5) Outros - especifique: _____
- 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
- 7) Não atende crianças

56. As ações realizadas, de rotina, na Unidade na ATENÇÃO AO ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
- 2) Incentivo a prática de atividades física
- 3) Prevenção e acompanhamento de obesidade e/ ou desnutrição
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
- 6) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids
- 7) Oferta de sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais
- 8) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (mudanças de humor, inserção familiar, outros)
- 9) Orientações quanto ao uso de álcool e drogas
- 10) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
- 11) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 12) Registro do seguimento na caderneta de saúde do adolescente
- 13) Outros - especifique: _____
- 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

57. Os temas abordados em ações na COMUNIDADE (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Sexualidade e prevenção de DST/aids
- 2) Gravidez na adolescência
- 3) Prostituição na adolescência
- 4) Uso de álcool, tabaco e outras drogas
- 5) Agressividade e conflito com a lei
- 6) Inclusão social e combate ao preconceito
- 7) Orientação sobre Vacinação (DT, Hepatite B, HPV)
- 8) Alimentação saudável – prevenção da obesidade e/ou desnutrição
- 9) Comportamento e transtornos mentais na adolescência
- 10) Saúde e meio ambiente
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

58. As atividades para ADOLESCENTES são regularmente realizadas nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
- 2) Domicílio
- 3) Escolas
- 4) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
- 5) Reuniões em parceria com CRAS (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)
- 6) Outros - especifique: _____
- 7) Não desenvolve atividades planejadas para adolescentes
- 8) Não atende adolescentes

59. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração dos responsáveis

- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende crianças e adolescentes

60. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao Conselho Tutelar
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Atendimento e acompanhamento dos pais
- 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Acompanhamento multiprofissional na Unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

III.5. Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

61. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AO ADULTO abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diabetes e Hipertensão
- 2) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, outros)
- 3) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, outros)
- 4) Tabagismo

- 5) Obesidade
- 6) Prevenção de câncer de próstata
- 7) Prevenção de câncer de colo de útero e de mama
- 8) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, outros)
- 10) Hanseníase
- 11) Tuberculose
- 12) Situações de Violência
- 13) Saúde do trabalhador
- 14) DST, HIV/aids e hepatites virais
- 15) Outros - especifique: _____
- 16) Não desenvolvemos atividades planejadas de atenção aos adultos

62. As ações de rotina para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, outros) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento
- 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos
- 3) Acolhimento de pacientes com queixas eventuais
- 4) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- 5) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- 6) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
- 7) Orientação de atividades físicas
- 8) Grupos de apoio para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (dieta, adesão ao tratamento, outros)
- 9) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- 10) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- 11 Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- 12) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas

63. Para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS consideradas “difíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Encaminha para grupo de adesão na própria Unidade
- 2) Encaminha para serviço de referência
- 3) Discute em equipe alternativas de abordagem/ projeto terapêutico
- 4) Discute o caso com supervisão externa
- 5) Realiza busca ativa
- 6) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
- 7) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
- 8) A Unidade não atende portadores de condições crônicas

64. Para PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
- 4) Orientação de dieta
- 5) Prevenção e tratamento de obesidade
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Terapêutica não medicamentosa como alternativa isolada, sempre que indicado
- 8) Introdução de terapêutica medicamentosa a partir de avaliação de risco cardiovascular
- 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 10) Orientação de atividade física
- 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 12) Identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 13) Outras atividades

65. Exames solicitados de rotina para pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Urina I
- 2) Potássio

- 3) Creatinina sérica
- 4) Glicemia de jejum
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Ácido úrico
- 8) Eletrocardiograma – ECG
- 9) Exame de fundo de olho
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial

66. Para pessoas com DIABETES TIPO II, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Orientação de dieta
- 4) Prevenção e tratamento de obesidade
- 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Avaliação e orientação em saúde bucal
- 8) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
- 9) Treinamento para auto aplicação de insulina
- 10) Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes
- 11) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 12) Orientação de atividade física
- 13) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II

67. Exames solicitados de rotina para pessoas com DIABETES TIPO II são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Glicemia de jejum
- 2) Urina I

- 3) Microalbuminúria
- 4) Creatinina sérica
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Hemoglobina glicada (HbA1c ou A1c)
- 8) Exame de fundo de olho
- 9) Eletrocardiograma – ECG
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II

68. As ações regularmente programadas para a SAÚDE DO HOMEM nesta Unidade abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Saúde do trabalhador
- 2) DST/ aids e hepatites virais
- 3) Andropausa
- 4) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
- 5) Paternidade e relações familiares
- 6) Métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
- 7) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
- 8) Situações de violência
- 9) Câncer de próstata e outras neoplasias
- 10) Risco cardiovascular
- 11) Incontinência urinária masculina
- 12) Impotência (diabetes, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros)
- 13) Importância da adesão às ações e tratamentos de saúde
- 14) Outras - especifique: _____
- 15) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens

69. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AOS IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação da saúde mental (quadros depressivos, demências e outros)
- 2) Avaliação da capacidade funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
- 3) Prevenção de quedas
- 4) Incentivo e orientação a prática corporal e atividade física
- 5) Orientação sobre alimentação
- 6) Orientações sobre menopausa e andropausa, sexualidade, e DST/aids
- 7) Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa
- 8) Identificação e acompanhamento em casos de incontinência urinária
- 9) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 10) Identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 11) Investigação do suporte familiar e social
- 12) Atenção domiciliar
- 13) Registro do seguimento na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- 14) Outros - especifique: _____
- 15) Não existem atividades específicas para idosos

70. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de situações de VIOLENCIA CONTRA IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração do idoso
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende idosos

71. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Denúncia à autoridade policial
- 4) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da Unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

72. As ações direcionadas para CUIDADORES (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado do idoso
- 2) Orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência
- 3) Suporte técnico para as atividades dos cuidadores, se necessário
- 4) Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores (stress e outras)
- 5) Grupo de apoio aos cuidadores
- 6) Outras - especifique: _____
- 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores

73. As ações realizadas para o CUIDADO DE PESSOAS ACAMADAS no domicílio ou instituições são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
- 2) Visitas periódicas com equipe de apoio

- 3) Visitas periódicas com médico(a)
- 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros)
- 5) Orientações de higiene bucal
- 6) Assistência odontológica domiciliar
- 7) Orientações quanto aos direitos sociais
- 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
- 9) Registro das ações domiciliares em prontuário
- 10) Atenção à família em caso de óbito
- 11) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros)
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Não realizamos cuidados no domicílio

74. Na ATENÇÃO AO IDOSO a Unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos religiosos
- 2) Associações de Bairro
- 3) Centro de Convivência do Idoso
- 4) Centro Dia de Atenção ao Idoso
- 5) Serviço especializado de Atenção ao Idoso
- 6) CRAS
- 7) CREAS
- 8) Organização Não Governamental (ONG)
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) Os grupos e/ou serviços existentes não atuam de modo integrado com a AB
- 11) Não existe recurso de apoio ao idoso fora da Unidade

III. Vigilância em saúde e atenção a agravos de relevância epidemiológica e social

75. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de ALGUMA DOENÇA OU AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (por exemplo: tuberculose,

sífilis, HIV/AIDS, meningite, dengue, violência doméstica ou sexual, entre outros), a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
- 2) Preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 3) Ações de educação e prevenção para os usuários na Unidade
- 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
- 5) Ações de educação e prevenção na comunidade
- 6) Capacitação da equipe
- 7) Encaminhamento para outros serviços
- 8) Outros Quais: _____
- 9) Não realiza nenhuma atividade

76. O público alvo das ações programadas de PREVENÇÃO DE DST/AIDS, realizadas pela Unidade, consiste em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) População em geral durante campanhas
- 2) Escolares de nível fundamental
- 3) Jovens e adolescentes
- 4) Idosos
- 5) Pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas
- 6) LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais)
- 7) Outros grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo entre outros
- 8) Instituições na comunidade como centros de convivência
- 9) Não realizamos essas ações de forma planejada

77. Na rotina, o critério utilizado para dispensação de PRESERVATIVOS MASCULINOS é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Conforme solicitação dos usuários
- 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para todos
- 3) Cotas diferenciadas para a população mais vulnerável
- 4) Não distribuimos preservativos nesta Unidade

78. As ações realizadas em CASO SUGESTIVO de doenças sexualmente transmissíveis (DST/aids) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
- 2) Aconselhamento pré teste
- 3) Teste rápido ou sorologia para HIV
- 4) Teste rápido ou sorologia para hepatites virais
- 5) Teste rápido ou sorologia para sífilis
- 6) Tratamento sintomático das DST
- 7) Investigação etiológica e tratamento das DST na Unidade
- 8) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
- 9) Encaminhamento de todos os portadores de DST para serviço de referência
- 10) Encaminhamento para serviço de referência dos casos de aids e hepatites virais
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) A Unidade não atende DST/aids

79. Nos casos com resultado NEGATIVO das sorologias para HIV e hepatites B e C a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquia os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição
- 2) Informa o resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)
- 3) Orienta sobre o teste (janela imunológica, situações de exposição, outros)
- 4) Orienta sobre prevenção (identificação de situações de maior exposição, adoção de práticas mais seguras)
- 5) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites

80. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para HIV, hepatites B e C, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Convocação do paciente
- 3) Notificação Compulsória
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Acompanhamento na própria Unidade
- 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
- 7) Orientações de cuidados com os parceiros
- 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

81. As ações realizadas por esta Unidade na atenção às pessoas com HIV são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanha e trata pacientes com HIV/aids estáveis clinicamente e com imunidade preservada
- 2) Conta com uma equipe especializada em HIV/aids que acompanha e trata pacientes com HIV
- 3) Busca ativa de faltosos ao seguimento quando acionada pelo serviço especializado em HIV/aids da região
- 4) Atendimento de queixas agudas, acompanhamento de condições crônicas, vacinação, Pré Natal e protocolos preventivos de câncer
- 5) Não realiza atividades assistenciais nestes casos, as pessoas com HIV são atendidas em serviços especializados em HIV/aids

82. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para sífilis, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Convocação do paciente

- 3) Notificação Compulsória
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Tratamento e seguimento na própria Unidade
- 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
- 7) Orientações de cuidados com os parceiros
- 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

83. Com relação à atenção aos casos de TUBERCULOSE (suspeitos ou confirmados) a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
- 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 3) Ações educativas
- 4) Pesquisa de HIV
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos ações para pessoas com Tuberculose

84. Com relação à atenção aos casos de HANSENÍASE a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico de casos novos
- 2) Acompanhamento de casos
- 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
- 4) Ações educativas na família e na comunidade
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares

- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos ações para pessoas com Hanseníase

85. Na atenção a PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) são desenvolvidas as seguintes ações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção
- 2) Orientação para os cuidadores
- 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
- 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
- 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
- 6) Orientações quanto aos direitos sociais
- 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
- 8) Ações para a saúde sexual e reprodutiva
- 9) Vigilância e atenção em casos de violência
- 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na Unidade
- 11) Capacitação da equipe
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Não realizamos atenção a pessoas com deficiências

86. As ações realizadas pela Unidade para atenção à SAÚDE DO TRABALHADOR são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Assistência ao trabalhador
- 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas
- 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

- 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento
- 5) Notificação Compulsória de agravos relacionados ao trabalho
- 6) Encaminhamento para serviços de referência
- 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador
- 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho
- 9) Orientações quanto aos direitos sociais
- 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
- 11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador

87. No caso de ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO com profissionais dessa Unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfurocortante - as condutas tomadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido
- 2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos
- 3) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 4) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 5) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 6) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 7) Profilaxia pós exposição (PEP) até 72h e de acordo com avaliação de risco
- 8) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- 9) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
- 10) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (SINAN)
- 11) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia e outras)
- 12) Encaminhamento para serviço de referência
- 13) Nenhuma das condutas anteriores

88. As ações realizadas em casos de uso abusivo de álcool são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de outras drogas
- 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade

- 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) Redução de danos
- 6) Intervenção Breve
- 7) Grupos de apoio ao usuário
- 8) Grupos de apoio aos familiares
- 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, AA, outros)
- 12) Investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool
- 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
- 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, AA, outros)
- 15) Outros - especifique: _____
- 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda

89. As ações realizadas em casos de uso abusivo de OUTRAS DROGAS (exceto o álcool) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de álcool
- 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
- 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) Redução de danos
- 6) Intervenção Breve
- 7) Grupos de apoio ao usuário
- 8) Grupos de apoio aos familiares
- 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, NA, outros)
- 12) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
- 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
- 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, NA, outros)
- 15) Outros - especifique: _____

- 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda

90. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em SOFRIMENTO PSÍQUICO OU TRANSTORNOS MENTAIS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
- 2) Visita domiciliar periódica
- 3) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
- 4) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
- 5) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 6) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS)
- 7) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na Unidade
- 8) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista)
- 9) Consulta por profissionais da equipe de saúde mental (médico, psicólogo, outros)
- 10) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
- 11) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realizamos atendimento dessa população específica

91. O controle do uso contínuo de BENZODIAZEPÍNICOS é realizado:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) A critério médico, em cada consulta
- 2) Pelo médico que reavalia o conjunto dos casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
- 3) Por registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
- 4) Por revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
- 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos

92. Na ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL a Unidade conta com o apoio municipal ou regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos de autoajuda (AA, NA, outros)
- 2) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 3) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
- 4) CAPS I ou II - Centro de Atenção Psicossocial
- 5) CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 6) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas para adultos, crianças e adolescentes
- 7) CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 8) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
- 9) SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
- 10) Comunidades Terapêuticas
- 11) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- 12) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 13) Consultório na Rua
- 14) Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 15) Outros Quais: _____
- 16) Não possui rede de apoio
- 17) Não atendemos esse tipo de demanda

III. 7. Saúde Bucal

93. O público alvo do atendimento ODONTOLÓGICO é:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes

- 2) Bebês (0 a 24 meses)
- 3) Crianças até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Adolescentes
- 6) Portadores de Diabetes Mellitus
- 7) Idosos (> 60 anos)
- 8) Pronto atendimento para queixas agudas
- 9) Pacientes acamados
- 10) Os pacientes são atendidos conforme demanda
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não temos equipe de saúde bucal na Unidade

94. As ações de rotina desenvolvidas pela equipe de SAÚDE BUCAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Educação em saúde bucal para usuários da Unidade
- 2) Educação em saúde bucal em instituições para crianças e adolescentes (escolas, creches, outros)
- 3) Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- 4) Elaboração de Plano Preventivo-terapêutico na primeira consulta programada
- 5) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- 6) Identificação de necessidade de prótese dentária e encaminhamento para referência
- 7) Orientações sobre higienização de próteses
- 8) Orientações sobre benefícios do aleitamento materno e uso adequado de bicos de chupetas e mamadeiras
- 9) Ações de prevenção e detecção do câncer de boca
- 10) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

95. Os procedimentos para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de SAÚDE BUCAL da Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Aplicação tópica de flúor
- 2) Restauração de amálgama
- 3) Restauração com resina composta
- 4) Extração de dente
- 5) Drenagem de abscesso
- 6) Sutura
- 7) Frenectomia
- 8) Remoção de cistos
- 9) Acesso à polpa dentária
- 10) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
- 11) Coleta de material para biópsia
- 12) Pulpotomia
- 13) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
- 14) Tratamento de alveolite
- 15) Ulotomia/Ulectomia
- 16) Cimentação de prótese
- 17) Outro. Qual (is): _____
- 18) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

IV GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

IV.1 Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde

96. Para registro dos dados a Unidade utiliza os seguintes sistemas de informação:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) SIAB
- 2) e-SUS/ AB Coleta de Dados Simplificada (CDS)
- 3) e-SUS/ AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- 4) Sistema de informação próprio do município
- 5) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- 6) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- 7) SIS Pré Natal
- 8) SIS HIPERDIA
- 9) Outros sistemas de informação. Quais: _____

10) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

97. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Número de consultas médicas
- 2) Número de consultas de enfermagem
- 3) Número de atendimentos odontológicos
- 4) Número de consultas por faixa etária
- 5) Número de grupos realizados
- 6) Número de vacinas realizadas
- 7) Número de coletas de Papanicolaou
- 8) Número de visitas domiciliares
- 9) Número de atendimentos não agendados ou "extras"
- 10) Faltas em atendimentos agendados
- 11) Primeiro atendimento no ano por usuário
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realiza registro de nenhuma informação

98. Os dados da produção assistencial (número e características dos atendimentos, atividades e procedimentos) da Unidade são:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Utilizados para orientar e planejar as ações da Unidade
- 2) Disponibilizados para os sistemas de informação e utilizados somente pela gestão municipal
- 3) Não são utilizados para planejamento

99. O planejamento local, realizado pela equipe da Unidade, é feito com base em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados assistenciais da própria Unidade
- 2) Dados epidemiológicos da população da área de abrangência da Unidade
- 3) Dados epidemiológicos da população do município

- 4) Levantamentos específicos realizados pela própria Unidade
- 5) Discussões com o conjunto dos profissionais do serviço
- 6) Discussões com a participação dos usuários
- 7) A Unidade não realiza planejamento local

100. A área de abrangência da Unidade é definida:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Administrativamente pelo nível central da Secretaria da Saúde ou outra instância municipal responsável pela saúde
- 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
- 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
- 4) Sem definição de área de abrangência

101. A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados dos programas, como Pré Natal, atenção à criança, a pessoas com doenças crônicas ou outros
- 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
- 3) Dados do cadastro das famílias
- 4) Estudos na comunidade
- 5) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
- 6) Não realizou nenhum tipo de levantamento

102. Nos últimos 3 anos, a Unidade participou das seguintes processos avaliativos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação organizada pela gestão municipal
- 2) Avaliação organizada pela própria Unidade
- 3) Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Questionário AMAQ (Ministério da Saúde)

- 4) Avaliação Externa – PMAQ (Ministério da Saúde)
- 5) Avaliação da Qualidade da Atenção Básica - Questionário QualiAB (SES/SP – FMB/UNESP)
- 6) Avaliações organizadas por outras instituições. Quais:_____
- 7) Não participou de nenhuma avaliação

103. As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde
- 2) Plano anual de trabalho definido pela gestão municipal
- 3) Planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais
- 4) Reorganização das estratégias de gerenciamento local
- 5) Não houve modificações
- 6) Não participou de nenhuma avaliação anterior

IV.2 Características do Processo Gerencial

104. A GERÊNCIA LOCAL da Unidade é exercida por:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Enfermeiro
- 2) Médico
- 3) Dentista
- 4) Assistente Social
- 5) Outro profissional. Qual:_____
- 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
- 7) Essa Unidade não tem gerente

105. A carga horária do GERENTE da Unidade é de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 40 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 2) 40 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 3) 30 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 4) 30 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 5) 20 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 6) 20 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 7) Outra Qual: _____
- 8) Essa Unidade não tem gerente

106. O relacionamento predominante da Unidade com o NÍVEL CENTRAL (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
- 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada
- 3) Visita eventual de supervisão
- 4) Comunicações escritas ou por internet
- 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central

107. As REUNIÕES DE EQUIPE da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Semanal
- 2) Quinzenal
- 3) Mensal
- 4) Bimestral ou intervalos maiores
- 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
- 6) Não ocorreram reuniões

108. Os principais ASSUNTOS OU PAUTAS DAS REUNIÕES de equipe, no último ano, foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Informes
- 2) Rotinas Administrativas
- 3) Escala de pessoal
- 4) Avaliação e Planejamento das atividades
- 5) Organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações
- 6) Atualizações técnicas
- 7) Conflitos interpessoais
- 8) Discussão de casos
- 9) Elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos)
- 10) Elaboração de fluxos e protocolos adaptados à realidade local
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não ocorreram reuniões

109. No último ano, os diferentes profissionais da Unidade participaram das seguintes ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO:

Selecione um item para cada alternativa

	Não tem o profissional	Educação permanente	Cursos treinamentos presenciais	Cursos online/EAD	Especialização	Congressos	Não fez nenhuma capacitação
Médicos							
Enfermeiros							
Dentistas							
Farmacêuticos							
Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem							
Auxiliares/Técnicos de Higiene Dental							
Auxiliares de Farmácia							
Agentes Comunitários							
Profissionais Administrativos							
Outros profissionais Quais:							

110. Os principais temas abordados nas ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea
- 2) Saúde da Mulher
- 3) Saúde da Criança
- 4) Saúde do Homem
- 5) Saúde do Idoso
- 6) Saúde Mental
- 7) DST e aids
- 8) Violência (Doméstica, sexual, outras)
- 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Não realizou atividades

111. As principais estratégias utilizadas para a PARTICIPAÇÃO POPULAR na gestão da Unidade, no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Ouvidoria como canal de resposta da Unidade para a comunidade
- 2) Promoção de reuniões sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade
- 3) Ampla divulgação do papel do **Conselho Local de Saúde** (mural, jornal, facebook e outros)
- 4) Reuniões periódicas do **Conselho Local de Saúde**
- 5) Cursos de formação sobre o SUS, direitos e responsabilidades dos conselheiros e/ou usuários
- 6) Incentivo à participação nas reuniões do **Conselho Municipal de Saúde**
- 7) Realização de **pré Conferências** à Conferência Municipal de Saúde
- 8) Outros - especifique: _____
- 9) Não tem estratégias de incentivo a participação popular

112. As RECLAMAÇÕES DE USUÁRIOS podem ser encaminhadas por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões

- 3) Site da internet
- 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
- 5) Diretamente à direção local da Unidade
- 6) Diretamente ao Conselho Local de Saúde (conselho de gestão local)
- 7) Diretamente com o nível central
- 8) Conselho Municipal de Saúde
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) Não há canais formais de reclamação

113. Os principais desafios a SUPERAR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE da atenção à saúde nessa Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Irregularidade no suprimento de medicamentos
- 3) Informatização do registro de dados
- 4) Excesso de demanda
- 5) Não cumprimento do horário médico
- 6) Conflitos com os usuários
- 7) Necessidade de capacitação da equipe
- 8) Necessidade de ampliar o compromisso de alguns membros da equipe
- 9) Fortalecimento do trabalho em equipe
- 10) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 11) Falta de referência e contra referência dos serviços especializados
- 12) Falta de recursos humanos
- 13) Remuneração inadequada dos profissionais
- 14) Falta de participação da comunidade
- 15) Implementação de uma política de pessoal por parte da Gestão Municipal
- 16) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
- 17) Outros Quais: _____
- 18) Não existem obstáculos importantes

114. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gerente da Unidade
- 2) Médicos
- 3) Enfermeiros
- 4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
- 5) Equipe toda de profissionais
- 6) Secretário (a) Municipal de Saúde
- 7) Outros Quais: _____

115. Observações / Sugestões / Críticas:

ANEXO II



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Ceilândia – FCE

Departamento de Saúde Coletiva

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **Aplicação do instrumento de avaliação QualiAB em dois serviços de Atenção Básica de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia - DF**, sob a responsabilidade do pesquisador José Antonio Iturri de la Mata. O projeto apresenta a análise, validação e teste de aplicabilidade do instrumento elaborado pela UNESP, o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), em dois Centros de Saúde de Ceilândia, CSC nº 9 e CSC nº 12, sendo uma parceria com a Diretoria Regional de Atenção Primária em Saúde (DIRAPS) – Região Oeste/DF, resultando assim em uma versão final adaptada para o Distrito Federal.

O objetivo desta pesquisa é realizar a validação semântica e testar a aplicabilidade do instrumento QualiAB no DF. Tal instrumento foi aplicado somente em cidades subdivididas em municípios e pretende-se também adaptá-lo para a organização atual do Distrito Federal, subdividido em Regiões Administrativas, bem como para as mudanças na gestão e funcionamento da Atenção Primária propostas pelo Governo do Distrito Federal (GDF). Além disso, será realizada a comparação entre os principais métodos e programas avaliativos utilizados no Brasil.

Sua participação se dará através da resposta, no local de trabalho, ao instrumento de avaliação QualiAB, composto por questões abertas e fechadas. Apesar de ser um questionário de autorresposta, optou-se por coletar as respostas por meio de entrevistas, pois o objetivo é verificar a compreensão do instrumento (teste de aplicabilidade). O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo.

Os riscos decorrentes da participação do(a) senhor(a) na pesquisa podem ocorrer quanto à dimensão moral, em relação a eventual constrangimento e/ou desconforto durante a resposta ao questionário. Além disso, pode ocorrer um risco à dimensão social, envolvendo suas relações de trabalho e institucionais no sistema de saúde. Para reduzir esses riscos consultamos agora com o(a) senhor(a), apresentando-lhe a proposta e a metodologia da pesquisa, a fim de ouvir as sugestões do(a) senhor(a) quanto à dinâmica da aplicação do questionário. A proposta inicial é a realização de entrevistas individuais, seguindo o questionário QualiAB, garantindo o sigilo das respostas de cada participante. No entanto, o(a) senhor(a) tem a opção de responder o questionário gradativamente, ou seja, dividindo-se o processo de resposta em mais 1 dia de entrevistas, devido à extensão do questionário. Também poderá optar por responder de modo individual ou coletivo, portanto, a explicação e a compreensão do caráter técnico da avaliação proposta (validação do instrumento e não a avaliação individual do profissional), também reduzem este risco.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para a validação de instrumentos de avaliação da qualidade de serviços, autoaplicáveis, o que colabora para a qualificação das equipes e o aprimoramento dos serviços prestados, bem como para a gestão interna da unidade de saúde; bem como para que o instrumento QualiAB ganhe maior especificidade a partir de sua validação e adaptação para o DF, podendo portanto, colaborar para o fortalecimento da Atenção Básica da região, com potencial de se ampliar como instrumento aplicável em todo o Distrito Federal.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). A participação é voluntária, isto é, não há pagamento pela colaboração. Não haverá despesas relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na **Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia e nas unidades participantes, bem como para a DIRAPS – Região Oeste**, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Beatriz Torres Araújo** (pesquisador principal), no telefone **(061) 9 9383-9339**, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou ainda por email: **beatriztorres.ta@gmail.com**; ou **José Antônio Iturri de La Mata** (pesquisador responsável), na **Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia**, no telefone **(061) 9 9288-4487**, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou ainda por email: **iturri@unb.br**.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3376-0437 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento de 14hs às 18hs, de segunda à sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT 07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

ANEXO III – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aplicação do instrumento de avaliação QualiAB em dois serviços de Atenção Básica de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia - DF

Pesquisador: José Antonio Iturri de la Mata

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66243416.7.0000.8093

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.109.829

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores, o projeto de pesquisa "apresenta a validação semântica e teste de aplicabilidade do Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), adaptando-o à organização político-administrativa do Distrito Federal (DF). Trata-se de um projeto de graduação do Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. O estudo será realizado no primeiro semestre de 2017, juntamente com a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS/Região Oeste/DF), em dois centros de saúde da Região Administrativa de Ceilândia (RA-IX): o Centro de Saúde nº 9 e o Centro de Saúde nº 12. O questionário, desenvolvido pela Equipe QualiAB da Universidade Estadual Paulista (Unesp), foi validado em 2015 em estados cuja organização político-administrativa é municipal; o objetivo deste estudo é validar e verificar a aplicabilidade do questionário para a organização atual do Distrito Federal, subdividido em Regiões Administrativas, bem como para as mudanças nos modelos de gestão e de atenção propostos pelo Governo do Distrito Federal (GDF)".

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos primários da pesquisa são "realizar a validação semântica e testar a aplicabilidade do instrumento QualiAB no DF". Os objetivos secundários são "comparar os principais métodos e programas avaliativos utilizados no Brasil e adaptar o instrumento QualiAB para a estrutura

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3376-0437 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

administrativa do DF, organizada por Regiões Administrativas e não por municípios".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as autoras, pela sua natureza, aperfeiçoamento de um instrumento de avaliação, a pesquisa não apresenta riscos à dimensão física dos participantes.

O eventual risco à dimensão moral, envolvendo o constrangimento e o desconforto em responder o questionário, pode ocorrer durante a participação na pesquisa. Além disso, posteriormente, há o risco à dimensão social, envolvendo as relações de trabalho e institucionais no sistema de saúde, pois a palavra "avaliação" pode remeter a algo punitivo (ALMEIDA e MELO, 2010). Sendo assim, antes da aplicação do questionário serão realizadas visitas e "conversas" com cada um dos participantes apresentando-se a proposta e a metodologia da pesquisa, a fim de "ouvir" sugestões quanto à dinâmica da aplicação do questionário. A proposta inicial é a realização de entrevistas individuais seguindo o questionário QualAB garantindo o sigilo das respostas de cada participante. No entanto, os participantes serão "livres" para responder o questionário gradativamente, ou seja, dividindo-se o processo de resposta em mais 1 dia de entrevistas, devido à extensão do questionário. Também poderão optar por responder de modo individual ou coletivo. Portanto, a exploração e a compreensão do caráter técnico da avaliação proposta (validação do instrumento e não a avaliação individual do profissional), também reduzem este risco. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participação na pesquisa, o profissional poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Quanto aos benefícios, "a validação de instrumentos de avaliação da qualidade de serviços, autoaplicáveis, contribui para a qualificação das equipes e o aprimoramento dos serviços prestados, bem como para a gestão interna da unidade de saúde. O instrumento QualAB pode ganhar maior especificidade a partir de sua validação e adaptação para o DF, podendo portanto, contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica da região numa conjuntura em que se discutem modificações na gestão e funcionamento desse tipo de serviço, com potencial de se ampliar como instrumento aplicável em todo o Distrito Federal."

Os benefícios apontados pelas autoras estão coerentes com a proposta e não estão seduzindo os participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consiste de um estudo para trabalho de conclusão de curso, proposto por José Antônio Iuri de la Mata (pesquisador responsável) e Beatriz Tames Araújo. A instituição proponente é a Faculdade de Celândia – Universidade de Brasília, e a co-participante a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Consiste nas informações básicas do projeto e total de 25 participantes da pesquisa, divididos em

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/08
Bairro: CELÂNDIA SUL (CELÂNDIA) CEP: 72.220-000
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3378-6437 E-mail: ucp.fsa@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRÁSILIA**



Continuação do Parecer: 2.188/20

dois grupos: equipes de gestão local, com nove participantes, e profissionais de saúde da atenção básica, com 16 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatórios:

Os autores apresentam todos os termos necessários adequadamente.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais e critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 465/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parcial e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_695517.pdf	05/06/2017 22:22:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_concordanciaassinado2.pdf	05/06/2017 22:21:52	Beatriz Torres Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_concordancia_2_editavel.docx	05/06/2017 22:21:41	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Outros	Termo_de_som.pdf	05/06/2017 22:21:12	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Outros	Termo_de_som_editavel.doc	05/06/2017 22:20:56	Beatriz Torres Araújo	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/06
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-600
UF: DF Município: BRÁSILIA
Telefone: (61)3876-6437 E-mail: cep.fce@gmail.com

Página 10 de 65

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.186.829

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	06/06/2017 22:20:25	Beatriz Torres Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.doc	06/06/2017 22:20:15	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_2.pdf	06/06/2017 22:18:50	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_2.doc	06/06/2017 22:18:34	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Outros	Carta_pendencias.pdf	06/06/2017 22:18:34	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Outros	Carta_pendencias.doc	06/06/2017 22:17:55	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Outros	CV_José_Irui_Lattes.pdf	21/03/2017 18:28:08	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Cronograma	Cronograma_FCE.pdf	21/03/2017 18:28:20	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_editavel.doc	21/03/2017 18:28:45	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_editavel.doc	21/03/2017 18:23:15	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	20/03/2017 21:44:57	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Outros	termo_de_responsabilidade.pdf	20/03/2017 21:44:19	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Orçamento	orcamento_CEP.doc	20/03/2017 21:41:22	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Outros	Termo_concordancia.pdf	20/03/2017 20:52:51	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Outros	Termo_concordancia_editavel.doc	20/03/2017 20:52:10	Beatriz Torres Araújo	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	14/03/2017 08:50:37	Beatriz Torres Araújo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/06
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-000
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3876-5437 E-mail: uep.fce@gmail.com

Página 14 de 65

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.186.829

BRASILIA, 08 de Junho de 2017

**Assinado por:
Dayani Galiste
(Coordenador)**

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/86
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3876-5437 **E-mail:** uep.fue@gmail.com

Página 66 de 66

ANEXO IV

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ

PARA FINS DE PESQUISA

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado **Aplicação do instrumento de avaliação QualiAB em dois serviços de Atenção Básica de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia - DF**, sob responsabilidade de José Antonio Iturri de la Mata vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, sendo transcrita de modo anônimo, ou seja, não serei identificado.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Nome e Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____